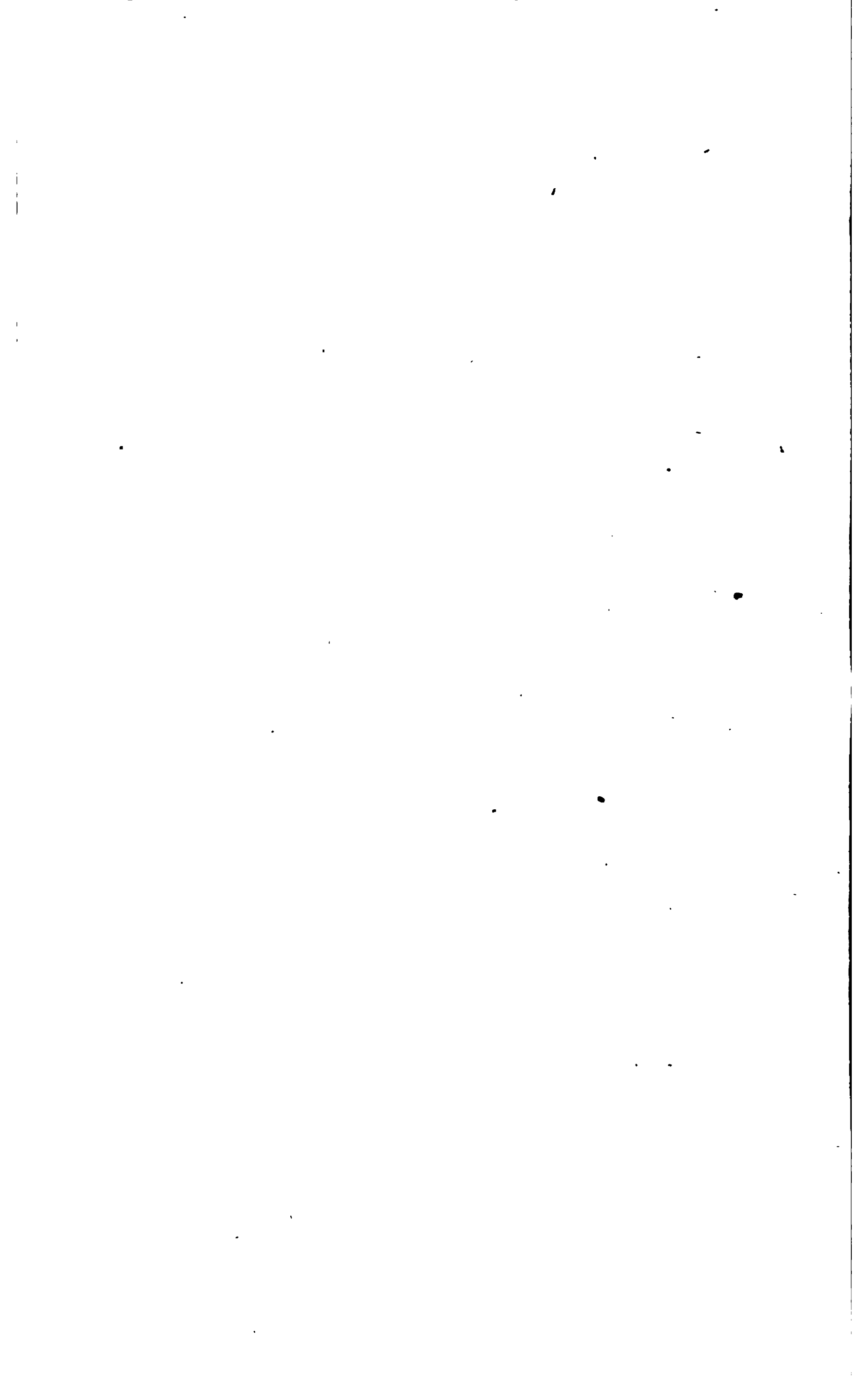

A 3 9015 00385 986 8
University of Michigan - BUHR



ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.



ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

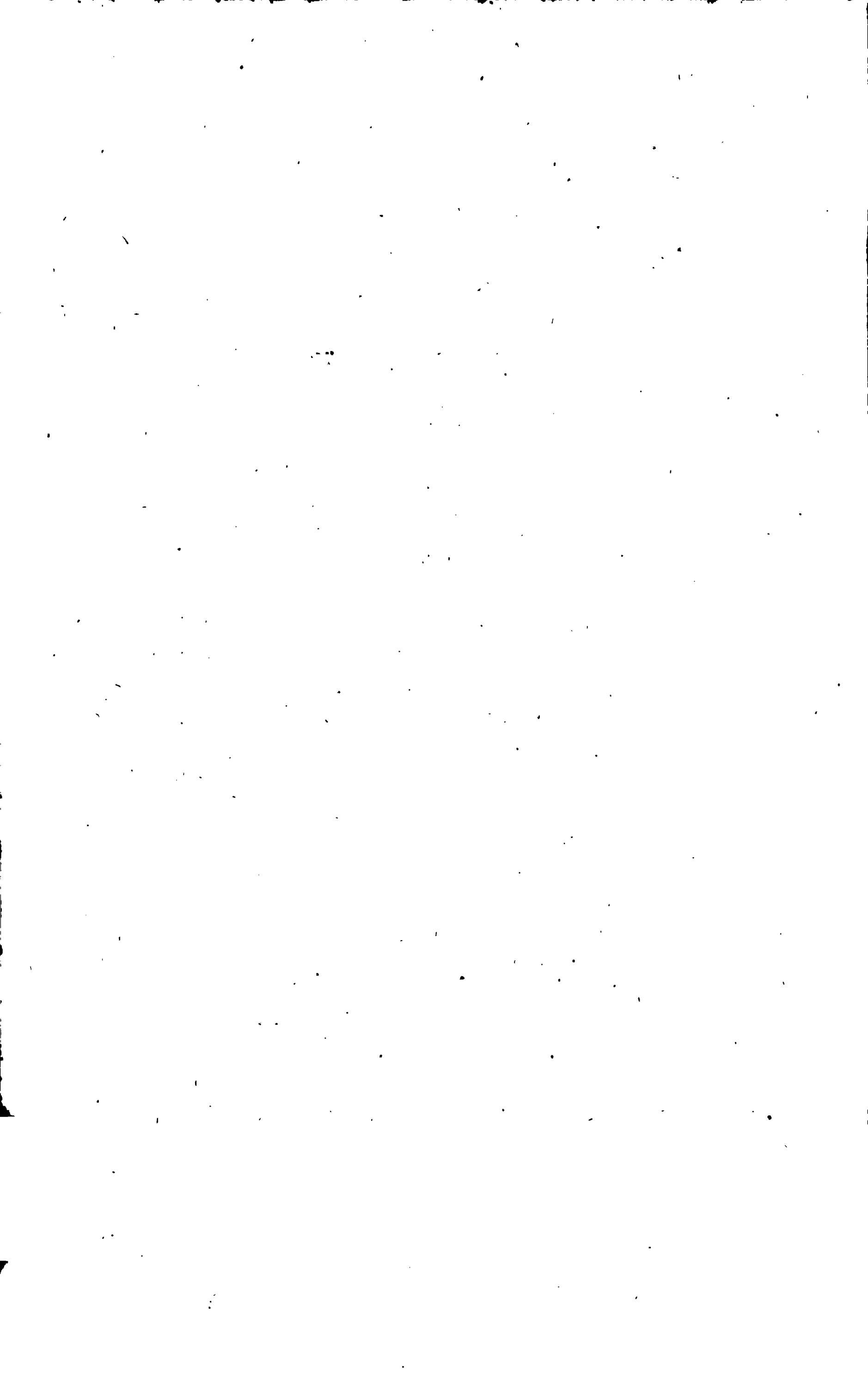
COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIIe SÉRIE. — TOME Ier.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imp.-Libraire, rue du Cherche-Midi, n° 58.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1837.



MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JANVIER 1837.

Recherches sur la néphrite ou inflammation des reins; par M. le professeur CHOMEL (1).

Quand on a consulté les divers recueils d'observations et lu les différens ouvrages relatifs aux maladies des reins, on trouve si souvent la néphrite développée par des causes directes, telles qu'un coup, une blessure, et surtout par la présence de calculs dans les bassinets ou dans les uretères, ou par tout autre obstacle au cours de l'urine, qu'on peut se demander si les reins ne seraient pas, par leur structure, ou leur position, ou par toute autre condition inconnue, à l'abri de ces inflammations que nous avons appelées spontanées, parce que nous ne connaissons pas les causes qui les produisent, et exposés seulement aux inflammations soit *accidentelles*, soit *symptomatiques*. Néanmoins la distinction admise par tous les auteurs,

(1) Ce travail était destiné à faire partie d'un *Traité des inflammations*; mes occupations ne me laissent plus l'espoir de publier un ouvrage d'aussi longue haleine. J'ai cru pouvoir insérer dans ce Journal cette histoire de la néphrite, parce que, tout imparfaite qu'elle est, je la crois encore moins incomplète que les descriptions publiées jusqu'à ce jour.

d'une néphrite calculeuse et d'une néphrite essentielle, un certain nombre d'observations relatives à des suppurations des reins, dans lesquelles il n'est pas fait mention de la présence de ces calculs, quelques faits très-rares dans lesquels des auteurs dignes de confiance indiquent, d'une manière expresse, l'absence de calculs, ne permettent point de rejeter l'existence de la néphrite spontanée, bien que parmi les exemples d'inflammation des reins qui ont entraîné la mort, et dans lesquels on a signalé l'absence de calculs, il y en ait plusieurs dans lesquels la dilatation constatée des bassinets ou des uretères ne permette guères de douter qu'il n'ait existé un obstacle mécanique au passage de l'urine, et que la néphrite n'en ait été l'effet.

Si l'on passe en revue les conditions diverses indiquées par les auteurs comme causes de l'inflammation des reins, on se convaincra davantage encore que la néphrite est presque toujours due à la présence de calculs dans les reins ou dans leur conduit excréteur. En effet, si l'on excepte les cas dans lesquels la maladie est évidemment produite par une contusion, une plaie, une chute, on voit que dans tous les autres, les causes assignées à la néphrite sont précisément celles qui favorisent la formation des calculs dans les reins, ou le déplacement de calculs déjà formés. A la première série, celle des causes prédisposantes, se rapportent la vie sédentaire, l'habitude de rester long-temps au lit, de coucher sur la plume, l'origine de parens calculeux, la bonne chère, etc. A la seconde série appartiennent, comme causes occasionnelles, les efforts violens, la marche prolongée, les courses rapides et surtout l'équitation, et les secousses d'une voiture mal suspendue. Il est à peine nécessaire d'ajouter que tout obstacle mécanique, autre qu'un calcul, peut donner lieu à l'inflammation du rein, en mettant obstacle au passage de l'urine du rein dans l'uretère, ou de l'uretère dans la vessie, et de la vessie au-dehors. On ne peut guères douter qu'une tumeur quelconque qui comprimerait extérieurement l'uretère, qu'une végétation intérieure qui

l'oblitèrerait, qu'une rétention prolongée d'urine dont la cause serait dans la vessie ou même dans l'urètre, ne puisse devenir l'occasion d'une inflammation, soit des deux reins, soit d'un seul.

On pense généralement que l'usage intérieur de certaines substances âcres, telles que les cantharides, la térébenthine, donne lieu à l'inflammation des reins. Mais ces substances n'ont pas, sur les voies urinaires et spécialement sur les reins, une action aussi directe qu'on le croit communément, et je ne sais pas s'il existe d'exemple bien authentique de néphrite due à cette cause.

On a encore admis que l'impression du froid sur les lombes, une métastase rhumatismale sur les reins eux-mêmes ou sur leurs membranes, pouvait donner naissance à une néphrite ; mais ce sont là de pures assertions non démontrées jusqu'ici, et peu susceptibles même d'une démonstration rigoureuse.

Enfin l'inflammation des reins peut survenir dans le cours d'une autre maladie, telle qu'une suppuration du tissu cellulaire qui les entoure, suppuration qui peut être primitive ou consécutive à une carie. On conçoit encore que, dans la fracture d'une des côtes qui avoisinent le rein, un des fragmens puisse être poussé par le corps vulnérant dans le parenchyme du rein, le déchirer et donner lieu à une inflammation que la cause vulnérante n'a qu'indirectement produite.

L'inflammation peut se développer simultanément ou successivement dans les deux reins ou être bornée à l'un d'eux. Il n'est pas certain, comme P. Frank l'a avancé, que le gauche soit plus fréquemment enflammé que le droit. On avait pensé autrefois, et Chopart lui-même avait émis cette opinion, que la membrane du rein pouvait être isolément enflammée, et quelques auteurs avaient distingué deux espèces de néphrite, l'une membraneuse et l'autre parenchymateuse ; mais si l'anatomie pathologique montre quelquefois des traces d'inflammation sur l'enveloppe du rein, sans que le parenchyme y participe, on ignore entièrement quels symptômes correspondent

à cette lésion ; il serait possible et il est même probable que ces taches blanches, avec ou sans épaississement, survinssent lentement et sans que rien pût décéler pendant la vie le travail morbide qui préside à leur formation.

Il est rare que l'inflammation du rein soit précédée du malaise général qu'on observe dans les autres inflammations ; on trouve la raison de cette différence dans le genre de causes qui président au développement de la néphrite, causes dont l'action porte immédiatement sur le rein lui-même. Le plus souvent le frisson ne survient qu'après la douleur, ou même la chaleur fébrile s'établit sans frisson préalable. La douleur, qui marque ordinairement l'invasion, est d'abord obtuse, gravative, devient plus ou moins rapidement aiguë, pongitive, avec des battemens et des élancemens dans la région occupée par un des reins ou par les deux, c'est-à-dire vers la dernière vertèbre dorsale et les premières lombaires, en dedans des deux dernières côtes et à quelques travers de doigt de l'épine. De cette région la douleur s'étend en suivant le trajet du bassinet et de l'urètre jusque dans la vessie, dans l'aine, et dans la cuisse correspondante, qui est comme engourdie et quelquefois roide ou tremblante ; chez l'homme, la douleur s'étend au testicule qui est ramené douloureusement vers l'anneau. Toute pression exercée sur le rein malade augmente la douleur dont il est le siége ; les grands mouvemens du diaphragme, sa contraction convulsive dans l'éternuement, l'exaspèrent beaucoup ; cette exaspération est également très-vive, lorsque le médecin, plaçant ses doigts sur la région lombaire, appuie avec le pouce sur l'hypochondre, de manière à comprendre le rein malade dans les parties qu'il presse. L'épaisseur des parties qui recouvrent le rein enflammé ne permet point ordinairement d'en reconnaître la tuméfaction dans le début de l'inflammation : elle n'est guères appréciable que dans les cas où la maladie est déjà ancienne, le sujet maigre, et le rein considérablement augmenté. A la douleur dans la région rénale se joint ordinairement, quel-

ques changemens dans la sécrétion de l'urine : dans le plus grand nombre des cas, la quantité de ce liquide est diminuée, sa couleur devient plus foncée ; on y distingue quelquefois du sang. Mais dans quelques cas l'urine est claire, aqueuse, et excrétée en abondance ; l'excrétion est fréquente, accompagnée d'efforts et de douleurs ; il existe une sorte de ténesme vésical. Quelquefois, mais rarement, il y a suppression complète d'urine. A ces symptômes se joignent de la soif, des nausées, des vomituritions, des vomissemens de matières bilieuses, de la constipation, quelquefois une distension gazeuse plus ou moins considérable d'une partie ou de la totalité du ventre, et un appareil fébrile plus ou moins intense.

La néphrite aiguë offre généralement dans ses symptômes des exacerbations plus marquées que celles qu'on observe dans les autres phlegmasies. Par intervalles, la douleur acquiert une extrême violence ; sa physionomie s'altère, le malade s'agite, se roule dans son lit ou même sur le plancher de sa chambre, et pousse des cris ; quelquefois l'atrocité des douleurs détermine des convulsions, du délire, des sueurs froides et des défaillances. Ces accidens, qui sont ceux de la colique néphrétique, ont spécialement lieu dans les cas où l'inflammation des reins est due à un calcul engagé dans l'uretère ; c'est encore dans la même espèce de néphrite qu'on voit, dans quelques cas, succéder rapidement à ces douleurs intolérables, un calme si complet que le malade peut se croire guéri.

La néphrite offre dans sa marche plusieurs autres points par lesquels elle diffère des autres inflammations : son invasion peut être plus soudaine et marquée par des symptômes locaux beaucoup plus intenses ; sa terminaison beaucoup plus brusque ; sa durée plus courte, à égal degré d'intensité ; elle peut par exemple céder en quelques jours, et même en moins de vingt-quatre heures, après avoir débuté avec une grande violence ; enfin, si elle devient chronique, elle peut se prolonger pendant des années entières, beaucoup au delà

des autres phlegmasies ; toutes ces particularités qu'offre dans sa marche l'inflammation du rein se rattachent à un même point, à la cause spéciale qui la produit le plus ordinairement et qui place cette maladie parmi les inflammations symptomatiques.

L'inflammation du rein peut se terminer par résolution. Cette heureuse terminaison a particulièrement lieu lorsque la cause qui a produit la néphrite n'ait qu'une intensité médiocre, comme à la suite d'une contusion, ou lorsqu'elle peut être éloignée, comme dans le cas où un calcul engagé dans le commencement de l'uretère, en est promptement expulsé. La diminution progressive des symptômes locaux, la cessation du mouvement fébrile annoncent la résolution ; chez un certain nombre de sujets, on a vu l'amélioration coïncider avec l'excrétion plus ou moins abondante d'une urine trouble, roussâtre et fétide, qui elle-même est souvent alors suivie de l'expulsion d'un calcul. Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi heureuse : si l'inflammation, comme cela est le plus ordinaire, est due à un obstacle qui s'oppose au passage de l'urine, et si cet obstacle n'est pas surmonté et poussé jusque dans la vessie, la membrane interne des calices, du bassinet et de la portion de l'uretère placée au-dessus de l'obstacle, doublement irritée par une distension croissante, et par la concentration progressive de l'urine qui y séjourne, secrète une matière purulente qui par son mélange avec l'urine augmente encore l'irritation inflammatoire dont elle est le produit.

De cette accumulation croissante et prolongée de l'urine et du pus dans les calices, le bassinet et l'uretère, résultent des effets variés : quelquefois le pus ne se faisant jour ni par les voies naturelles, ni au travers des tissus déchirés, détermine par son séjour indéfiniment prolongé une distension et une altération toujours croissantes du rein, qui jointes aux fâcheux effets que produit sur l'économie tout entière l'existence d'un foyer considérable, finissent par entraîner la mort des malades. Pison parle d'une femme chez

laquelle il trouva dans l'un des reins quatorze livres de pus; la substance de ce rein était détruite et son volume aussi considérable que celui du ventre.

Les cas dans lesquels ce pus reste ainsi amassé au-dessus de l'obstacle, jusqu'à la mort des individus, sont rares. Le plus ordinairement, comme il a été dit, après avoir distendu à un certain degré les parties qui les contiennent, le pus se fait jour, soit par les voies naturelles de l'urine, après avoir surmonté ou repoussé jusque dans la vessie l'obstacle qui s'opposait à son passage, soit en se frayant une issue accidentelle dans le tissu cellulaire qui l'entoure, dans le péritoine ou dans un des viscères voisins.

Quelques médecins ont observé qu'une douleur vive marquait, dans quelques cas, l'instant où, l'obstacle étant surmonté, le pus passait dans les voies urinaires; mais en général l'apparition du pus dans l'urine est le premier phénomène qui frappe le malade et éclaire le médecin. A la suite de l'évacuation du pus on observe souvent une diminution notable dans les symptômes dont le rein était le siége ou le point de départ, dans la douleur et la distension, dans les vomissemens, s'ils persistaient encore, et dans l'engourdissement de la cuisse correspondante, etc. Mais souvent, d'un autre côté, la vessie irritée par la présence du pus devient le siége d'un ténesme qui cède après quelques jours ou même après quelques heures.

Lorsque le pus s'est fait ainsi une voie et que le cours de l'urine est redevenu libre, le sort du malade n'est pas jugé pour cela. Quelquefois à la vérité l'excrétion du pus diminue de jour en jour, l'urine devient par degrés plus naturelle, la fièvre cesse, les forces et l'embonpoint reviennent et une convalescence franche et même rapide succède à une maladie fort dangereuse. Mais dans bien des cas il en est autrement; l'urine reste purulente, soit continuellement soit par intervalles; le pouls conserve de la

fréquence, la faiblesse et la maigreur persistent. Chez quelques sujets, la disparition du pus dans l'urine est constamment suivie d'accidents graves, qui ne cessent que quand il s'écoule de nouveau ; c'est-à-dire quand la rétention du pus au-dessus de l'obstacle est remplacée par son libre écoulement. Ces alternatives d'amélioration et d'exaspération peuvent se prolonger pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Plus ces alternatives ont été nombreuses, moins on peut espérer un rétablissement complet.

Le pus amassé dans le rein peut se faire jour dans le tissu cellulaire environnant ; il détermine par sa présence un gonflement plus ou moins manifeste de la région occupée par le rein, une sorte d'empâtement, un œdême obscur des tégumens de cette région, quelquefois une rougeur violacée de la peau ; la partie tuméfiée devient de jour en jour plus molle, la fluctuation moins obscure, et cette fluctuation apparaît quelquefois assez loin de la région occupée par le rein pour tromper le médecin sur l'origine du pus ; mais l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès rectifie cette erreur ; l'odeur urineuse du pus, et dans quelques cas la présence de calculs dans le trajet fistuleux ou même dans l'urine ne laissent généralement point de doute sur l'origine du mal.

Le pus qui sort du rein abcédé ne reste pas toujours dans le tissu celluraire sous-cutané, il descend quelquefois en suivant le psoas jusque dans la cavité du bassin, et se répand dans le tissu cellulaire extérieur au péritoine. Les accidents qui surviennent alors sont d'autant plus intenses que la quantité de pus versée dans le tissu cellulaire est plus considérable, et que ce pus occupe un plus grand espace. En voici un exemple très-remarquable qui m'a été communiqué par M. le docteur Pasquier fils.

» Un homme vient à Paris pour y être délivré d'un calcul vésical. Pendant qu'il se préparait par l'usage des bains

et par un régime convenable à subir l'opération de la taille, il est pris brusquement au milieu de la nuit d'un frisson suivi d'une châleur brûlante, de vives douleurs dans l'abdomen, de hoquets, de vomissements, de météorisme avec ischurie et prostration des forces. L'introduction d'une sonde dans la vessie donne lieu à l'écoulement d'une cuillerée de pus, il ne sort pas d'urine. Les douleurs s'accroissent et se font principalement sentir dans le flanc gauche et l'hypogastre; la fièvre, le météorisme, la prostration augmentent malgré l'emploi des évacuations sanguines, des bains, des révulsifs et le malade succombe le 5.e jour à dater du frisson. A l'ouverture du corps on trouve dans le flanc gauche et l'hypogastre un amas considérable de pus fétide qui avait soulevé la poitrine sans pénétrer dans sa cavité. Ce pus provenait évidemment du rein gauche dont le volume était à-peu-près triplé, et dont la forme était altérée. A la partie supérieure était une crevasse par laquelle le pus s'était échappé. Incisé par son bord convexe, ce rein présenta une espèce de poche formée d'un grand nombre de cellules, remplies elles-mêmes d'un pus semblable à celui que contenait le tissu cellulaire. Les câlices étaient énormément distendus, la substance tubuleuse semblait avoir disparu. Le bassinet était dilaté, mais à un moindre degré, l'uretère avait le volume de l'intestin grêle. Le rein droit, bosselé à l'extérieur, contenait intérieurement plusieurs collections purulentes, et son uretère offrait à peu près la même dilatation que le gauche. On trouva la vessie très petite; elle embrassait étroitement le calcul dont la présence avait été reconnue pendant la vie. »

Chopart parle de cas dans lesquels le pus contenu dans les voies urinaires avait été versé dans la cavité abdominale elle-même, mais il n'en cite pas d'observation particulière. Fanton a rapporté un cas dans lequel le pus s'est fait jour dans le colon transverse.

Dans d'autres circonstances le pus formé dans le rein s'est fait jour au travers des tégumens de la région lom-

baire, en même tems qu'il s'est écoulé par les voies naturelles. On lit dans le *Journal de médecine* (1) une observation relative à un enfant de 13 ans, qui, après avoir éprouvé les symptômes d'une néphrite aiguë, rendit des urines *blanches* et *troubles*, et offrit dans la région lombaire droite un gonflement œdémateux avec rétraction du testicule, engourdissement et stupeur du membre correspondant, nécessité de se tenir couché sur le ventre; fièvre hectique. L'abcès des lombes, ouvert par le bistouri, donna issue à du pus mêlé avec de l'urine; il resta longtemps une ouverture fistuleuse par laquelle il s'échappait un peu d'urine.

Dans un cas observé par Dehaën (2), le pus, après avoir énormement distendu le rein gauche, paraît s'être fait jour au travers du diaphragme, de la plèvre et du parenchyme pulmonaire jusques dans les bronches, de manière à être rendu en partie par expectoration, en même temps qu'en partie il était excrété avec l'urine. Voici l'extrait de cette observation curieuse :

» Un jeune garçon d'environ 15 ans sentit dans la région lombaire gauche une douleur, d'abord obtuse, qui devint intense, fut accompagnée de fièvre violente et céda aux antiphlogistiques; vers le déclin l'urine présenta un dépôt visqueux et très fétide. Après un intervalle indéterminé, recrudescence des accidents, qui diminuèrent onze jours après, en même tems que l'urine redevint purulente. La position du malade resta assez supportable pour qu'il pût se marier. Trois ou quatre ans après, l'urine ayant cessé de contenir du pus, une fièvre intense se manifesta, accompagnée d'anxiété et des signes d'une violente inflammation de poitrine. En même tems que ces accidents diminuèrent, l'urine redevint encore purulente et acquit une *fétidité* telle qu'il fallait aussitôt après l'excrétion enlever le vase qui la contenait. La

(1) *Journal de médecine de Vandermonde*, tome XII, p. 400.
(2) *Ratio medendi*, tome X, p. 103.

toux persista; et après elle survinrent une expectoration de pus sanieux et rougeâtre, d'une *insuportable fétidité*, et une dyspnée telle que le malade ne pouvait respirer autrement qu'en se courbant sur une planche mise en travers sur son lit et recouverte d'un traversin. Il mourut dans cette position, ayant offert tous les symptômes de la fièvre hectique. A l'ouverture du cadavre, on trouva le rein gauche remplacé par un vaste sac, qui n'offraît plus de traces du parenchyme propre de ce viscère. L'uretère, rempli de pus, comme le rein, avait acquis la forme et le volume d'un intestin grêle. Le lobe inférieur du poumon gauche était presque détruit, ainsi que la partie centrale du lobe supérieur; ces deux lobes offraient une grande cavité remplie de pus, dont les restes du parenchyme pulmonaire formaient les parois. Le diaphragme présentait un large trou par lequel l'abcès du rein communiquait directement avec celui du poumon, de telle sorte que ces deux abcès n'en formaient qu'un seul. Ce trou paraissait être le résultat des progrès de la néphrite, qui avait d'abord produit le rapprochement et l'adhérence du rein au diaphragme et de celui-ci au poumon, puis la destruction successive de ces diverses parties. « Cette observation, si remarquable par les résultats de l'ouverture cadavérique, ne l'est pas moins par la durée et par la marche de la maladie. Ce ne fut qu'après quatre années qu'elle entraîna la mort du sujet. Au début, signes de néphrite, qui diminue en même tems qu'il paraît dans l'urine un dépôt fétide. — Plus tard, retour des accidents, qui se modèrent encore quand l'urine devient purulente. — Quelques années après le pus disparait, et bientôt surviennent les signes d'une vive inflammation de poitrine, qui semble marquer l'instant où l'affection du rein s'étend au poumon; le pus recommence à couler avec l'urine, et les accidents se modèrent; mais la lésion intérieure fait des progrès tels qu'elle entraîne enfin la mort. Bien qu'à l'ouverture du corps Dehaën n'ait point trouvé de calcul dans l'uretère, cependant la dilatation considérable de l'urètre

qui avait le *volume d'un intestin*, l'apparition et la disparition successives du pus dans l'urine, ne permettent pas de douter qu'il n'y ait eu obstacle au passage de l'urine et du pus, et l'analogie doit nous conduire à penser que cet obstacle qui a exercé une si grande influence sur la marche de la maladie, a très probablement été la cause de la première inflammation.

P. Frank parle aussi d'abcès du rein qui se seraient ouverts dans le foie ou dans la rate ; mais il n'en cite pas d'observation.

Il est facile de voir, d'après les faits qui précèdent, que la suppuration du rein, qui est le plus ordinairement la conséquence d'une ou de plusieurs inflammations aiguës, a essentiellement une marche chronique. Telle est aussi la raison pour laquelle il est à peu près impossible de ne pas comprendre dans une description commune la néphrite aiguë et la néphrite chronique, qui ne sont le plus souvent que les deux périodes de la même maladie, et non deux maladies distinctes. Il est néanmoins un certain nombre de cas dans lesquels l'inflammation du rein débute sourdement par une douleur obtuse dans la région lombaire, avec ou sans engourdissement de la cuisse correspondante, fait des progrès lents, détermine peu à peu le dépérissement de la fièvre, et finit par entraîner la mort, sans avoir présenté à aucune époque les symptômes propres à la néphrite aiguë.

On lit dans l'ancien *Journal de Vandermonde* (t. XVII, p. 247), une observation fort remarquable de ce genre de néphrite. « Une fille éprouvait depuis quelques années une sensation de pesanteur et de gêne dans la région du foie. Cette douleur étant devenue beaucoup plus vive, plusieurs médecins et chirurgiens très-habiles, Winslow, Morand entre autres, furent appelés, et crurent reconnaître un abcès du foie, et proposèrent d'en faire l'ouverture. La malade s'y refusa et revint à Cosne. Examinée à cette époque par Bellebault, elle offrit les symptômes suivans : l'hypochondre droit, tendu et rénitent, était le siége de douleurs sourdes, conti-

nuelles, qui devenaient aiguës, intolérables, par la plus légère pression, par la marche rapide, par certaines attitudes. La malade était mieux levée que couchée, et elle ne pouvait pas se courber avec facilité. La cuisse droite était le siége d'un engourdissement qui s'étendait aussi dans l'hypochondre du même côté. Du reste, nul trouble apparent dans la sécrétion et l'excrétion de l'urine, qui était abondante, dans laquelle on n'avait jamais remarqué ni graviers, ni glaires, ni pus. Des symptômes de phthisie pulmonaire, quelques vomissements de sang, un dévoiement opiniâtre, s'ajoutèrent aux premiers accidents. Une fièvre hectique s'établit, et la malade succomba. A l'ouverture du cadavre, on trouva le foie parfaitement sain. Au-dessous de ce viscère était une sorte de kyste ayant neuf à dix travers de doigt de longueur sur quatre à cinq d'épaisseur. Ce kyste était rempli de pus et contenait dix pierres ardoisées, nichées dans autant de cellules ; l'une de ces pierres avait la forme d'un moyeu de roue avec ses rais. L'uretère avait son origine dans le kyste, et était *complètement bouché* par un calcul *adhérent* de toutes parts. Le rein gauche et la vessie étaient sains. Les poumons étaient détruits en grande partie ; le droit était presque rempli de petites concrétions *calculeuses*.

La suppuration du rein, quelle que soit la manière dont elle ait débuté, est presque constamment accompagnée d'un appareil fébrile chronique ou fièvre hectique ou lente. Plusieurs auteurs ont désigné cette variété de la maladie sous le nom de *phthisie rénale*. Le passage du pus dans le tissu cellulaire du bas-ventre ou dans le péritoine peut ajouter à l'affection première une autre affection beaucoup plus grave encore et qui entraîne la fin des malades, à une époque où la lésion du rein semblait ne pas devoir inspirer d'inquiétude immédiate.

L'inflammation des reins s'est-elle quelquefois terminée par gangrène ? Chopart dit avoir rencontré ce mode de terminaison chez un homme âgé de 62 ans, et mort le 9.ᵉ jour d'une maladie dont les symptômes étaient en partie ceux de

la néphrite aiguë. A l'ouverture du cadavre, les reins étaient volumineux, rouges, livides, parsemés de tâches noirâtres; et se déchirant aisément (1). Fabrice de Hilden dit aussi avoir observé cette terminaison sur son propre fils âgé de neuf ans; on trouva *les reins et les parties voisines, affectés d'une grande et remarquable inflammation dégénérée en gangrène*. Quelque grande que soit l'autorité de Fabrice, le fait qu'il rapporte est tellement dénué de détails, qu'il ne peut pas éclairer la question.

L'observation de Chopart est elle-même incomplète : une simple inflammation du rein peut donner lieu aux lésions qu'il indique, la rougeur livide et le ramollissement; la gangrène porte partout une odeur spécifique, elle rend méconnaissables dans leur texture les parties affectées; le silence de Chopart laisse beaucoup d'incertitude sur l'existence de ces altérations caractéristiques. Mais si l'on ne possède pas de fait qui démontre que la gangrène soit survenue dans la néphrite aiguë, il n'est pas très-rare de rencontrer, chez les sujets qui succombent à une ancienne suppuration du rein, quelques points de la surface suppurante ayant la couleur noire ou grisâtre, l'odeur spécifique, la mollesse, et l'absence d'organisation apparente qu'on rencontre dans les escarrhes.

Bien que nous ayons examiné ailleurs d'une manière générale la question relative à la terminaison des phlegmasies par la dégénérescence cancéreuse, nous ferons remarquer ici qu'il existe des exemples sans nombre de reins profondement altérés et détruits par la suppuration, et qu'il n'en existe peut-être pas un seul de cancer du rein développé autour d'un de ces calculs qu'on peut regarder comme la cause presque unique des inflammations chroniques de ces viscères.

(*La suite au prochain Numéro*).

---

(1) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1791, 2e partie, p. 28.

Sur le traitement de la fièvre typhoïde (dothinentérie) par les évacuans.

Une erreur en médecine, plus que dans toute autre science, entraîne d'autres erreurs à sa suite. Ne reconnaissant point la fièvre typhoïde dans les observations des anciens, les médecins de nos jours ont dû rejeter l'expérience des siècles passés, et chercher une thérapeutique particulière pour une maladie qu'ils regardaient comme nouvelle. Leurs essais furent loin d'être couronnés de succès. Dominés par les théories qu'avait fait accepter le génie de M. Broussais, la plupart ne virent dans la fièvre typhoïde qu'une inflammation gastro-intestinale, et dès-lors durent rester dans le cercle étroit des antiphlogistiques et des délayans employés avec plus ou moins d'énergie; d'autres n'ayant en vue que l'adynamie, eurent recours aux toniques; d'autres enfin, mais aussi peu heureux que les premiers, aux anti-septiques. Tous perdaient environ un malade sur trois. Aussi le scepticisme sur ce sujet était-il général parmi les médecins qui avaient pu suivre les divers services des hôpitaux où ces moyens étaient employés. Ce ne fut donc qu'avec une grande défiance que le public médical entendit, il y a trois ans, l'annonce des succès obtenus par M. Delaroque, médecin de l'hôpital Necker, au moyen des purgatifs. Néanmoins l'attention fut éveillée, et plusieurs médecins expérimentèrent à ce sujet. Les séances de l'Académie ont en particulier fait connaître les résultats obtenus par M. Piedagnel. Nous devons à nos lecteurs de les mettre au courant de cette question thérapeutique si intéressante, et par ses résultats immédiats pour les malades, et par son influence médiate sur la théorie des fièvres.

Deux thèses remarquables à divers titres ont été présentées à la Faculté sur ce sujet; l'une (1), dont l'auteur est M. Vi-

(1) *Observations et réflexions sur l'emploi des purgatifs dans les*

decoq, a pour objet quelques faits recueillis dans le service de M. Piedagnel. M. Beau, auteur de la deuxième, a observé depuis long-temps à l'hôpital Necker (1). C'est surtout à son travail que nous emprunterons les détails dans lesquels nous allons entrer.

Exposons d'abord la méthode de traitement adoptée par M. Delaroque, et les résultats de cette méthode, tels que M. Beau les a consignés dans sa dissertation : « On donne pour boisson ordinaire de l'eau d'orge miellée ou de la limonade au choix du malade ; on débute comme traitement actif, par l'administration d'un ou deux grains de tartre stibié dans un pot de véhicule, sans avoir égard aux différentes formes de la maladie, quel que soit l'état de la langue, des douleurs, etc. Le lendemain, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, et on la répète chaque jour, à moins que le malade ne la prenne en dégoût, auquel cas on la remplace par d'autres laxatifs, tels que la crème de tartre, l'huile de ricin, le calomélas, etc. Les différens symptômes ne doivent pas être l'objet d'attention spéciale ; *bien moins faut-il employer contre eux les saignées générales et locales, qu'on ne doit jamais se permettre sous quelque dénomination et dans quelque but que ce soit*. L'engorgement du poumon demande seul quelques soins particuliers. On provoque et on aide la résolution au moyen du kermès donné chaque jour dans un looch à la dose de cinq ou huit grains, et si ce moyen suffit pour purger convenablement le malade, on peut suspendre pendant son emploi les laxatifs proprement dits. Les symptômes les plus rapidement amendés à la suite des évacuations alvines, sont le délire nocturne, la soif, les douleurs abdominales, la stupeur, qui disparaissent

maladies connues aujourd'hui sous le nom de dothinentérie, d'entérite typhoïde, de fièvre typhoïde, etc. Th. Paris, 28 mars 1835.

(1) *De l'emploi des évacuans dans la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, dothinentérite, fièvre maligne, putride, typhoïde, pétéchiale, entéro-mésentérique*, etc. Th. Paris, 10 août 1836.

souvent du jour au lendemain. Lorsque leur décroissement ne suit pas immédiatement les premières évacuations, on observe qu'à dater de ce moment leur intensité n'augmente plus, à moins, comme je l'ai déjà dit, que la maladie ne soit déjà très-avancée lorsque l'on commence l'usage des évacuans; dans ce cas, ils n'exercent que rarement de l'influence sur la marche de la maladie, mais à quelque distance que l'on soit du début, il faut toujours les essayer, comme on en verra tout à l'heure la nécessité.

Quand l'amendement des symptômes fébriles, tels que la soif, le délire, est complet, quand il ne reste plus qu'un état de faiblesse, on cherche à relever les forces au moyen des toniques et des alimens de plus en plus nourrissans. La médication tonique n'a plus ici les mêmes inconvéniens que lorsqu'on l'emploie sans qu'elle ait été précédée des évacuans; si elle amenait des symptômes fébriles, il faudrait reprendre les laxatifs jusqu'à cessation de ces symptômes.

Tel est, d'une manière générale, le traitement qu'emploie M. Delaroque dans la fièvre typhoïde. Voici les principaux résultats de cette médication :

Pendant les deux années 1834 et 1835, il y a eu 104 individus affectés de fièvre typhoïde, qui ont été soumis au traitement précité. 11 sont morts dans les circonstances suivantes.

1.° Femme commencée le 20.e jour de la maladie.

2.° Femme commencée le 15.e jour et saignée.

3.° Femme commencée le 15.e jour, récemment accouchée; invagination.

4.° Femme commencée le 6.e jour, et saignée.

5.° Homme commencé le 20.e jour.

6.° Homme commencé le 16.e jour et saigné : pleurésie, cavernes.

7.° Homme commencé le 10.e jour.

8.° Homme commencé le 13.e jour.

9.° Homme commencé le 16.e jour; saignée.

10°. Homme commencé le 14.° jour ; émissions sanguines.

11.° Homme commencé le 6.° jour ; mort, six semaines après, de récidive.

La mortalité est donc ici d'un dixième environ ; cependant il ne serait pas juste de considérer ce chiffre comme la représentation exacte de la valeur du traitement par les évacuans, car il est basé sur des cas dans plusieurs desquels se rencontrent des circonstances très-défavorables. Ainsi à part les numéros 7, 8, 11, tous les autres individus ont subi des émissions sanguines, ou bien ont été traités longtemps après le début de la maladie ; de plus, il y avait chez le n.° 3. des invaginations intestinales qui s'étaient opposées à l'effet du traitement, et mettaient obstacle à l'écoulement des liquides intestinaux, et chez le n.° 4 on trouva une pleurésie et des cavernes dans les poumons.

Si l'on s'accorde généralement sur le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques à une période avancée de la maladie, on accordera plus difficilement que les saignées doivent être considérées comme des circonstances défavorables, et qu'elles aient contribué à la mort des sujets qui y ont été soumis. Cependant comment, si les émissions sanguines ne sont pas dangereuses, expliquer le résultat suivant :

Chez les 93 individus guéris, la moyenne de la durée totale de la maladie, c'est-à-dire, du nombre de jours compris entre le début de la maladie et la sortie de l'hôpital, est de 31 jours ; de ces 93, 75 n'ont pas été saignés. La même moyenne est de vingt-huit jours ; 18 ont été saignés ; leur moyenne est de trente-neuf jours.

Or si, comme on le voit, les émissions sanguines ont alongé la durée moyenne des fièvres dans lesquelles elles ont été employées avant les évacuans, leur influence pernicieuse n'est-elle pas par là démontrée ? et ne peut-on pas dire que dans les cas dont il était question tout-à-l'heure, elles ont contribué à précipiter les individus ? Dans les onze cas malheureux, la méthode a donc été employée huit fois dans des circonstances

plus ou moins fâcheuses ; les trois autres cas prouvent que, même appliquée à temps et vierge de tout autre moyen, elle peut échouer.

Enfin, un autre résultat qui suffirait à lui seul pour établir l'action médicatrice des purgatifs, est le suivant : sur les 93 cas de guérison, l'intensité des symptômes a commencé à décroître immédiatement après les premières évacuations, dans 70 cas ; elle est restée stationnaire pendant quelques jours, dans 19 cas ; elle a augmenté, malgré les évacuations, pour décroître ensuite dans 4 cas. Les formes *inflammatoires*, *bilieuses*, avec ou sans délire, ont en général cédé rapidement ; les formes chroniques, celles décrites par les anciens sous le nom de *muqueuses*, de *lentes nerveuses*, résistaient davantage. »

Voilà certainement des résultats qui, en dépit de toute théorie, feraient employer les évacuans par tous les médecins, s'il ne s'élevait aucune objection sérieuse. Nous allons donc examiner successivement la plupart de celles qui ont été présentées.

Et d'abord, ceux qui ont récemment expérimenté n'ont pas tous obtenu un nombre de guérisons aussi grand que que M. Delaroque. M. Piedagnel, sur 134 malades traités par lui, en a perdu 19, un septième. M. Beau explique cette différence en faisant remarquer que la méthode de M. Piedagnel n'était pas en tout semblable à celle du médecin de l'hôpital Necker. Il saignait pour satisfaire à quelques indications ; il ne faisait jamais vomir ses malades ; il leur donnait régulièrement trois bouillons par jour pendant toute la durée du traitement. M. Beau regrette également que M. Piedagnel n'ait pas indiqué à quelle époque du début les purgatifs ont été donnés pour la première fois dans les cas malheureux, puisque les moyens évacuans n'étant réellement puissans que dans le premier ou le deuxième septénaire, on ne peut plus guères compter sur eux dans le troisième (1).

(1) Nous ne parlerons pas ici du résultat moins favorable en-

Un autre reproche plus grave est le suivant : on a dit que les purgatifs guérissaient les cas légers, mais que les cas graves résistaient à l'action de ces moyens, et, partant de ce point, on a prétendu que les cas guéris n'étaient pas des fièvres typhoïdes, mais de simples embarras gastriques, des irritations légères de l'estomac et des intestins. Les partisans des moyens évacuans ont répondu que d'abord il fallait prouver l'erreur de diagnostic qu'on leur attribuait ; qu'ensuite c'était justement un des avantages de leur méthode, que d'arrêter la maladie dans sa marche, et que les cas qui, sous l'influence du traitement ordinaire, passaient rapidement à une terminaison funeste, ne commençaient pas d'une autre manière que ceux que les purgatifs guérissaient. La crainte d'irriter l'intestin par les évacuans répétés, celle de déterminer des perforations, ne sont point fondées davantage. Ce sont là des points au moins surabondamment prouvés par les expérimentateurs, qu'a suscités la méthode dont nous parlons ici. Presque tous, en effet, ne l'abordaient qu'avec défiance ; plusieurs même avec prévention. Nous en trouverons une preuve particulière dans le passage suivant de la dissertation de M. Videcocq. Ce médecin, après avoir rapporté un cas qui, commencé au neuvième jour, resta sans amendement jusqu'au dixième du traitement, considère cette marche comme peu favorable aux purgatifs. « Il est vrai, dit-il, que sous l'influence des émolliens ou des émissions sanguines, on voit aussi des affections semblables traîner en longueur, mais ces moyens sont tellement innocens, que ce que l'on peut faire alors c'est d'accuser leur impuissance. En est-il de même d'agens perturbateurs mis chaque jour en contact avec la muqueuse malade ? Ne devient-il pas plus probable, lorsqu'on ne voit l'amélioration se prononcer qu'après leur suspension, qu'ils ont contribué à l'éloigner ? Il est déjà assez surprenant que des purgatifs répétés ne fas-

---

core de M. Videcoq, ce médecin n'ayant recueilli qu'une petite partie des cas observés par M. Piedagnel.

sent pas prendre à ces maladies des formes plus graves, pour que nous nous bornions à le faire remarquer, sans vouloir justifier les inconvéniens qu'ils peuvent avoir.» C'est avec des dispositions analogues que la méthode fut étudiée par la plupart des médecins. Eh bien! tous ceux qui ont consenti à l'essayer, et le nombre en est grand aujourd'hui, et on y trouve les noms les plus recommandables, tels que celui de M. Louis (1), s'accordent pour la regarder, sinon comme supérieure à toutes les autres, au moins comme leur égale.

---

(1) M. Louis mit en usage le traitement de M. Delaroque, dès le 18 mars 1835, à l'hôpital de la Pitié, sur 38 malades. M. Barth vient de publier les résultats obtenus par M. Louis. Divisant les cas observés en cas graves, cas moyens et cas légers, il étudie successivement l'effet des purgatifs dans ces trois cas. 1.° Sur 9 cas graves, 7 guérisons, 2 morts. 2.° Sur 8 cas moyens, 7 guérisons, une mort (les signes de la phthisie s'étaient développés pendant le traitement). 3.° Sur 21 cas légers, qui tous guérirent, M. Barth en retranche 7 dont le diagnostic lui paraît douteux: reste donc 14 cas bien constatés.

En totalité, sur 31 malades, 28 guérisons et 3 morts, ce qui fait un mort sur 10, et une fraction minime. Cette proportion serait plus avantageuse, 1 mort sur 12, si on y ajoutait les 7 cas retranchés. Quant aux effets du traitement sur la durée de la maladie, voici les moyennes données par M. Barth, chez les malades qui guérirent.

Le début de l'affection lors de l'entrée à l'hôpital, datait de neuf jours un tiers.

La durée de la maladie depuis l'admission à la convalescence, fut de quatorze jours.

La même durée depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la convalescence, fut de vingt-trois jours.

La durée du séjour à l'hôpital fut de vingt-huit jours.

La durée totale de l'affection depuis le début jusqu'à la sortie des malades, fut de trente-sept jours.

Ces résultats sont assez favorables pour qu'on puisse, sans crainte, employer le traitement indiqué. Ils ont d'ailleurs été répartis dans les différens mois de l'année, assez également pour éloigner l'idée de toute constitution épidémique. (*Presse médicale*, 1837, N.° I).

Si l'anatomie pathologique, science toute nouvelle, n'eût point fait dédaigner l'étude des anciens, ces résultats n'eussent point autant étonné. M. Beau, dans sa Dissertation, a rassemblé les passages les plus concluans en faveur de la méthode évacuante, dans les écrits de Sydenham, Baglivi, Huxham, Pringle, Strack, Grant, Tissot, Haller, Lepecq, Stoll, Reil, etc., etc.; tous ces médecins illustres l'ont employée avec succès. D'une autre part, M. Beau a également étudié les auteurs qui, guidés par des théories spéciales ou par tout autre motif, ont rejeté les purgatifs. Ceux-ci sont encore sortis victorieux de cette contr'épreuve; de le Boé, Ramazzini, Dehaen, Stahl, pour ne citer que les plus célèbres des médecins placés dans cette catégorie, étaient loin d'être heureux dans le traitement des fièvres, à en juger par leurs propres écrits. Recherchant ensuite la cause de l'oubli où était tombée cette méthode dans ces derniers temps, M. Beau développe les idées exposées au commencement de cet article, et arrive à cette conclusion que les évacuans ont été éliminés du traitement de la fièvre par suite d'une véritable *panique*, qui elle-même dérivait de la manière vicieuse dont on concevait l'altération de l'intestin. « Nous avons, dit-il, subi un reflux de la théorie sur la thérapeutique, analogue à ceux qui ont suivi les idées de Brown, Leboé, Sthall; seulement il faut reconnaître que cette époque n'a pas été entièrement malheureuse; il nous en reste la localisation des fièvres, découverte importante sans doute; mais ne doit-on pas reconnaître aussi qu'elle a été bien chèrement payée ? »

Les faits en médecine sont indépendans des théories auxquels ils donnent naissance; aussi n'avons-nous pas insisté dans cette analyse sur la théorie que M. Beau propose, d'après M. Delaroque, pour remplacer celles qu'il a attaquées avec tant de bonheur. Quel que soit le jugement qu'on porte sur la théorie de M. Delaroque, qui n'est au fond que celle des anciens, nous ne pouvons nous empêcher de transcrire ici une partie des pages que lui consacre M. Beau. On y trouvera au

moins une exposition parfaitement présentée des effets immédiats qui suivent l'administration des évacuans. « Supposons, dit-il, un individu qui présente des symptômes saillans de fièvre typhoïde, tels que du gargouillement, de la douleur à la région iliaque droite, du ballonnement du ventre. Si l'on vient à lui administrer un cathartique, il en résultera des évacuations copieuses, fétides, et peu après il n'y aura plus ou presque plus de gargouillement, de douleur, de ballonnement. Supposons ensuite que ce malade soit abandonné à lui-même ; au bout de deux ou trois jours, les symptômes précités reviendront à leur état primitif, et on les verra diminuer ou disparaître de nouveau lorsqu'on aura provoqué de nouvelles évacuations ; voilà les faits. Que faut-il raisonnablement en conclure ? Que la matière des évacuations accumulées dans le cul-de-sac iléo-cœcal est la cause des symptômes précités, puisque ces symptômes disparaissent par suite de l'expulsion de ces matières....
.... Mais ces symptômes locaux ne sont pas les seuls dont nous ayons à nous rendre compte : restent encore les symptômes généraux ou éloignés, cérébraux, pulmonaires, etc., dont il faut rechercher l'origine. Eh bien, ils se rattachent aussi aux liquides intestinaux ; car ils se développent consécutivement à la diarrhée qui est l'indice de la présence de ces liquides dans l'intestin, et ils disparaissent par suite des évacuations alvines répétées...... »

M. Beau les explique par la décomposition du sang, suite de l'absorption des matières putrides de l'intestin, et trouve la preuve de cette assertion dans divers phénomènes, en particulier dans les symptômes typhoïdes que l'on produit artificiellement chez les animaux, en leur introduisant des liquides putrides dans les veines. On est donc amené à considérer la fièvre typhoïde comme l'effet des liquides accumulés dans les parties déclives de l'intestin, où ils s'altèrent encore davantage en raison d'une fermentation putride déterminée par leur abondance et leur long séjour dans ce point.

L'action délétère de ces fluides est double, locale par leur

contact sur la paroi intestinale dont elles enflamment ou ulcèrent les follicules, comme le prouve le siége de ces altérations qui sont d'autant plus prononcées qu'on examine l'intestin plus près du cul-de-sac iléo-cœcal; générale, par leur transport dans la masse du sang, d'où résultent les désordres dans les principaux viscères, tels que le délire, la stupeur, le râle typhoïde, etc., désordres qui tantôt prédominent sur les désordres intestinaux, tantôt sont plus faibles, comme le démontre l'observation.

« Cette manière de concevoir la fièvre typhoïde l'assimile aux empoisonnemens, avec la différence que dans la fièvre le poison est un produit sécrété par l'individu lui-même, et qu'il se renouvelle pendant un certain nombre de jours. Nous allons voir que la même analogie se retrouve dans les effets et les indications thérapeutiques. En effet, les évacuans, de même que les contrepoisons, n'agissent pas directement sur les symptômes généraux; ils s'opposent seulement à leur entretien ou à leur exaspération, par l'expulsion des matières qui les ont engendrées, et la nature médicatrice fait le reste. Mais lorsque la nature est impuissante par suite d'une absorption trop considérable, et que l'économie a eu le temps de s'infecter profondément, les évacuans n'ont alors plus d'influence curative, et leur efficacité échoue dans le traitement de la fièvre typhoïde, comme celle des contrepoisons les plus justement accrédités dans les cas d'empoisonnement, où on les administre à une époque trop éloignée de l'ingestion des substances toxiques. Cependant comme on ne connaît pas toute l'étendue des ressources de l'organisme, et que d'ailleurs il faut chercher, autant que possible, à prévenir de nouvelles absorptions, on doit toujours débuter dans le traitement d'une fièvre typhoïde, quelque avancée qu'elle soit, par l'usage des évacuans. C'est une indication aussi rationnelle, je dirai même aussi obligatoire, que celle d'expulser du tube digestif les champignons vénéneux, bien qu'ils aient été ingérés depuis long-temps, et que les symptômes d'empoisonnement soient portés à un certain degré. »

On regrette de ne point trouver dans la dissertation de M. Beau, un parallèle entre la méthode évacuante et celle des émissions sanguines répétées, préconisées par M. Bouillaud, et dont ce professeur a également publié les résultats très-favorables, quoique moins avantageux encore que ceux des purgatifs. Il serait à désirer que cet examen fût fait par un médecin qui aurait vu employer les deux méthodes. La science et la thérapeutique en retireraient certainement de l'avantage. Nous ferons seulement ici une observation : c'est que la durée de la convalescence paraît beaucoup plus prolongée après les émisions sanguines qu'après les évacuans, comme on peut s'en assurer en comparant le tableau fourni par M. Bouillaud et ses élèves, et celui donné plus haut par M. Beau (1). Or, une longue convalescence n'est-cè pas une deuxième maladie ?

Exposé d'un traitement nouveau de l'hydrocèle, avec observations ; par le professeur A. VELPEAU,

L'hydrocèle est une affection qu'on ne songe plus à étudier; et les auteurs qui en traitent, soit dans les ouvrages didactiques, soit dans les Dictionnaires, soit dans les dissertations, ne font guère que se répéter l'un l'autre depuis un demi-siècle. En y regardant de près, cependant, on ne tarde pas à remarquer que les causes en sont généralement ignorées. Est-ce au testicule, est-ce à la tunique vaginale, est-ce à l'un et à l'autre de ces organes à la fois, dans quelle proportion au premier, dans quelle proportion au second, en effet, qu'il faut en attribuer le point de départ ? Quelle en est ensuite la nature ? Le diagnostic, qui en paraît si facile, n'empêche pas

(1) Dans les tableaux de la durée de l'affection chez les individus traités par les émissions sanguines, on ne trouve pas indiqué la convalescence ; dans celui de M. Beau, le même chiffre représente la durée de la maladie et celle de cette convalescence.

les praticiens les plus exercés de s'y méprendre encore journellement. Allez la distinguer avec certitude de certaines hématocèles, de certains états morbides du testicule lui-même ! Son traitement par les injections vineuses est à-peu-près le seul qu'on suive en France. Il inspire une telle sécurité, que depuis long-temps on le regarde comme le plus parfait qu'il soit possible d'imaginer. Eh bien ! l'injection vineuse n'en est pas moins sujette à d'assez nombreux inconvéniens, sans compter qu'elle échoue souvent. La preuve qu'elle ne satisfait point encore exactement l'esprit, c'est qu'à l'étranger on lui préfère généralement d'autres méthodes.; c'est que, même parmi nous, il est quelques praticiens qui ne l'ont point adoptée. D'une part donc, il reste à démontrer que ce soit le meilleur des traitemens connus ; de l'autre on doit espérer et désirer quelque chose de mieux. J'ai entrepris à ce sujet une série de recherches dont on trouvera le résumé à l'article *Hydrocèle* du *Dictionnaire de Médecine*, 2e édition, tom. XV. Ce que je vais dire ici ne se rapporte qu'au traitement de cette maladie par quelques méthodes nouvelles.

§. 1er *Acupuncture*. — Les inconvéniens et les dangers de l'injection vineuse m'avaient dès long-temps paru justifier encore, exiger même de nouveaux essais. L'acupuncture se présenta d'abord à ma pensée. Un jeune médecin m'avait d'ailleurs raconté, en 1831, l'observation d'un malade qui fut guéri en huit jours par la simple piqûre d'une longue aiguille, introduite accidentellement dans le scrotum, quoique son hydrocèle datât de trois ans.

M. Monro a, de son côté, publié en Angleterre (*Archives gén. de Méd.*, tom. XVIII, p. 297, un fait non moins remarquable : c'est celui d'une hydrocèle qu'il a guérie en six jours, en traversant le scrotum, y compris la tunique vaginale, avec une aiguille qqi fut laissée comme un séton dans les parties.

Il paraîtrait en outre, d'après M. Brossard (*Compte rendu de l'Académie*, 1828, ou *Journal-général*, t. XCII, p. 415), que, dans l'Inde, c'est une méthode usuelle, pour ceux qui

n'emploient pas de prime-abord la ponction, puis une mèche. Mes expériences sur les veines et les artères, au moyen d'épingles ou d'aiguilles, eussent suffi au surplus pour me conduire à essayer l'acupuncture dans le traitement de l'hydrocèle. J'ai donc tenté ce procédé deux fois à l'hôpital de la Charité, en juillet 1836 ; mais comme ce fut sans succès dans les deux cas, j'y ai renoncé depuis.

Au lieu de laisser l'aiguille en place, j'ai passé un simple fil en croix au travers de la tumeur dans deux autres cas ; j'ai retiré les petits sétons le troisième jour ; la suppuration est survenue, et la guérison a eu lieu, mais plus lentement, et avec plus d'inconvéniens encore que par l'injection vineuse. L'observation suivante, curieuse à plus d'un titre, donnera la preuve de ce que j'avance en ce moment.

Obs. Ire (Recueillie par M. Lemoine). *Double hydrocèle ; injection vineuse ; gangrène partielle ; suppuration ; fils en séton dans les tumeurs.* — Chillot (François), maçon, âgé de 27 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, n'a jamais fait de maladie sérieuse, et l'affection qui l'amène à l'hôpital ne trouble point sa santé générale : c'est seulement la gêne dont elle est la cause, et la crainte de la voir augmenter encore au milieu des travaux qu'il vient, suivant son habitude, entreprendre tous les ans à Paris, qui l'engagent à entrer à la Charité. Le scrotum en effet est tendu et dur, divisé en plusieurs lobes qui se relèvent autour de la verge comme enfoncée au milieu d'eux. Le scrotum droit a le volume d'un œuf, et est composé de deux parties, l'une remplie de liquide et indolente, l'autre solide et un peu douloureuse : la tumeur, que le toucher seul indique comme divisée en deux parties, ne se prolonge pas dans le canal inguinal, et laisse libre en haut le cordon testiculaire. Elle est déjà ancienne, puisqu'elle date de huit ans environ. Cet homme ne peut en dire l'origine ; il sait seulement qu'il fut à cause d'elle exempté du service militaire. Il n'en souffrit jamais ; sa marche n'en fut jamais empêchée, et tous les ans il faisait d'Auvergne la route de Paris à pied.

Malgré cet engorgement, Chillot n'avait rien éprouvé du côté des organes génitaux, quand il y a trois mois il contracta des chancres, sans blennorrhagie, qui furent guéris en quinze jours. Un mois après leur disparition, il commença à s'apercevoir d'une nouvelle tumeur à gauche ; le scrotum de ce côté

fut d'abord très-mou, puis il grossit en devenant dur, mais non douloureux, et aujourd'hui il est quatre à cinq fois plus volumineux qu'à l'état normal : il présente une forme convexe, comme étranglée sur sa partie antérieure et convexe en sens opposé : sa partie inférieure et externe est très-molle, et ses parois très-amincies ; sa portion postérieure, dure, résistante, a des parois qui semblent plus épaisses. La portion molle de cette tumeur est parfaitement transparente à la lumière ; mais de l'autre côté, la tumeur ne pouvant être détachée du scrotum, on ne peut interposer de lumière entre elle et l'œil, et l'on ne trouve pas de transparence : cependant il est probable qu'il existe de la sérosité dans cette tumeur droite. Il y a donc hydrocèle des deux côtés, mais leur disposition est assez singulière. Dans les hydrocèles ordinaires, la poche remplie de liquide se trouve en avant et en dehors, et le testicule en arrière et en dedans ; ici, du côté gauche où l'existence de l'hydrocèle n'est pas douteuse, le testicule forme une tumeur dure en arrière, en dedans et en haut, et l'hydrocèle est en dessous, comme étranglée en deux portions, l'une supérieure assez solide reposant sur le testicule, et l'autre en bas. A droite, la portion qui est dure, un peu bosselée, le testicule, en un mot, est situé en bas et en arrière, et le liquide du côté de l'anneau : l'hydrocèle n'est donc pas simple dans la tunique vaginale ; elle n'est donc pas dans cette tunique, d'après la position relative des tumeurs. A gauche on peut supposer que la tunique, d'abord remplie, s'est ensuite éraillée, et que le *fascia transversalis* a formé une espèce de prolongement où le liquide a pénétré, en sorte qu'il y aurait là une hydrocèle double, l'une supérieure placée dans la tunique naturelle, l'autre inférieure dans un cul-de-sac ; tandis qu'à droite ce serait une hydrocèle enkystée.

D'après ce diagnostic, M. Velpeau tenta à gauche la cure radicale, à droite la cure palliative ; ici une ponction simple, et de l'autre côté l'injection vineuse. Ces ponctions sont faites le 30 mars, et donnent issue à un liquide séreux, bien transparent, sans flocons albumineux ; mais au moment où le liquide étant évacué on essayait de placer la seringue remplie de vin, le malade, du reste fort craintif, repoussa brusquement de sa main la canule que tenait l'opérateur, et l'on put craindre qu'un peu de l'injection n'eût pénétré entre les tuniques. Bien que cette quantité dût être très-peu considérable, l'injection fut suspendue, et le malade ramené à son lit, où le scrotum a été couvert de compresses imbibées de vin.

31, lendemain de l'opération. Pouls calme et régulier, mais un peu résistant; soif modérée; langue rose et humide; pas de selles; urines faciles : les bourses ont une teinte rougeâtre peu prononcée, et ne sont le siége d'aucune souffrance; point de tuméfaction.

1.er avril, point de gonflement ni de douleur au scrotum; pouls calme et souple; sommeil; de l'appétit. (Quart).

2 avril. Même lenteur dans le pouls; point de frisson ni de sueur; langue dans l'état naturel; pas de selle; sommeil plus long : il y a un peu de tuméfaction du côté gauche, où le testicule semble enveloppé de tissus ayant la consistance de certaines figues ou comme fongueuses, sans douleur à la pression. (Compresses résolutives; demie).

4 avril. Le malade s'est réveillé plusieurs fois cette nuit, à cause d'élancemens qui se faisaient de temps en temps sentir dans la tumeur; mais le pouls est lent, la langue naturelle; pas de selle; point de céphalalgies. Il y a un peu de tuméfaction presque uniquement à gauche, où les tissus sont épaissis et offrent une résistance peu prononcée qui peut tenir à l'imbibition du liquide vineux : point de rougeur à la peau. (Lav. laxatif).

5 avril. Pouls toujours lent et souple; langue rose et humide; soif modérée; toujours de l'appétit, pas de selles. Dans la soirée, fréquens élancemens au scrotum, et aujourd'hui encore ces élancemens persistent, ainsi que de la douleur à l'aine gauche, où quelques ganglions sont tuméfiés. Les tumeurs sont plus dures, mais elles cèdent toujours à la pression qui n'est pas douloureuse. L'inférieure est surtout tuméfiée à gauche et en avant; au milieu d'une plaque plus molle, on sent sous le doigt une légère crépitation superficielle. (Compresses imbibées d'eau blanche).

Le gonflement augmente, de la rougeur se manifeste, et les tégumens prennent une teinte luisante; la piqûre s'élargit et présente sur ses parois et à son fond une matière demi-liquide et jaunâtre; autour d'elle les tissus sont plus mous et crépitent sous le doigt; ils reposent sur une plaque plus épaisse, plus large et plus dure, sensible à la pression. Des douleurs se manifestent aux reins; celles de l'aine se dissipent; des élancemens se font sentir davantage dans les parties tuméfiées, et le 9 une incision verticale d'un pouce et demi, est pratiquée sur la tumeur. Il en sort un pus jaunâtre mêlé de bulles d'air, et reposant sur un bourbillon noirâtre.

10. Sommeil toute la nuit, et peu de souffrance dans la tumeur; au milieu de l'incision est une sorte de membrane noire qui est

tirée avec les pinces sans déterminer de douleur : il y a peu de rougeur autour d'elle ; point de soif ; pouls lent, calme ; langue naturelle : quelques coliques, pas de selles.

13. Le fond de la plaie est formé par une matière blanchâtre ; le pourtour en est lisse, rougeâtre, presque indolent ; plus profondément existe toujours une plaque épaisse et dure.

La suppuration continue à être peu abondante ; la plaie se déterge en rejetant comme des plaques blanchâtres, assez résistantes ; les environs s'endurcissent, les bords deviennent plus épais. La rougeur disparaît, mais la cicatrisation ne s'opérant pas, et le malade voulant s'en aller pour travailler, ce qu'il sent pouvoir être en état de faire, il sort le 20 avril. A sa sortie, la moitié de l'hydrocèle correspondante au point où la ponction a été faite, où l'infiltration vineuse a eu lieu, semble guérie et ne plus contenir de nouveau liquide ; mais il s'est reproduit dans l'autre partie dont les parois étaient plus épaisses et où l'inflammation environnante n'a pu amener l'adhésion des tuniques.

Après avoir passé quelques jours hors l'hôpital, marchant ou travaillant, Chillot revint le 29 avril reprendre son lit. Les parties malades étaient à-peu-près dans le même état que le jour de sa sortie ; l'incision n'était pas tout-à-fait fermée ; ses bords étaient également épais ; la suppuration continuait sur une plaque dure, peu douloureuse ; la tumeur molle qui était restée à droite avait augmenté, ainsi que la gauche.

Le 3 mai, la plaie est cicatrisée, les hydrocèles persistent ; deux fils comme deux petits sétons sont passés en croix à travers chaque hydrocèle : ils devront être tournés le matin dans la poche qu'ils doivent enflammer.

4 mai. Etat naturel dans la journée ; mais le soir ont commencé des coliques, des hoquets et quelques vomissemens partiels. Il en est de même encore ce matin ; les cordons sont durs et douloureux ; le pouls est fréquent, 90 battemens, assez développé ; peau chaude ; langue rouge et sèche ; céphalalgie assez vive. (Saignée, lav. laxatif).

5. Pas de selle encore ; ventre toujours un peu ballonné par des vents qu'il ne peut rendre, et qu'il dit le faire souffrir, surtout aux reins et à l'hypogastre ; urines faciles ; langue d'un rouge vif sur les bords, blanchâtre, et sèche à sa surface ; soif ; nul appétit ; pouls petit, résistant ; 100 pulsations ; peau chaude et humide ; céphalalgie légère ; point de sommeil, quoique assoupissement presque continuel. Vives souffrances au scrotum, surtout à gauche

où il y a de la rougeur, du gonflement et plus de dureté; moins à droite : les cordons sont durs et plus volumineux. On ôte les fils, et une assez grande quantité de liquide s'écoule en même temps par les orifices qu'ils ont laissés, et dont les bords laissent suinter une matière blanchâtre, encore mal liée. La saignée n'est pas couenneuse et contient beaucoup de coagulum. (Compresses émollientes).

6. Coliques continuelles ; pas de selles ; ventre plus souple, encore un peu douloureux à la pression ; langue rougeâtre et sèche ; soif moins forte ; pouls fréquent et raide, assez étendu ; pas de sueur ; chaleur modérée ; peu de sommeil ; céphalalgie légère. Les tumeurs traversées par les fils sont rougeâtres, tuméfiées et dures, comme si elles étaient remplies d'un liquide en trop grande quantité; des élancemens à leur centre, des gouttelettes purulentes aux orifices que les fils ont laissés, et par lesquels un liquide séreux continue à s'écouler. (Compresses émoll. ; lim. ; crême de tartre ℥ j; sir. gom.)

7. Le scrotum est toujours tendu, plus même qu'après une injection ; il est aussi plus dur, mais cette consistance porte sur les parois des tumeurs, qui fournissent du pus : les plaies de l'ancienne incision suppurent moins, les bords en sont rapprochés et moins épais ; il y a toujours des coliques et pas de selles ; les souffrances sont plus fortes au-dessus des pubis et de l'aine de chaque côté ; mais les cordons sont moins durs ; pouls plus fréquent, plus large et assez souple : peu de soif ; langue rougeâtre et sèche. (Catapl. ; deux lav. laxatifs).

La tension, la dureté, la douleur, les élancemens s'accroissent surtout à gauche, sans que le mouvement fébrile augmente en proportion : les cataplasmes sont continués, et le 17 la pression fait sortir par l'ancienne incision, qui s'est rouverte, un pus épais et bien lié, venant surtout du côté gauche, qui s'affaisse après cette évacuation : la tumeur droite reste aussi dure.

20. Le côté gauche du scrotum est revenu à son volume naturel, bien qu'il conserve en bas une plaque plus dure, indolente : le droit est toujours gonflé, mais sans rougeur. Du reste, le ventre est souple ; le pouls est redevenu calme avec son rhythme normal. (Frictions mercurielles au scrotum.)

L'état du testicule gauche reste le même ; il conserve la même résistance : à droite il existe deux kystes, dont l'un s'est également endurci, et qui semble recouvrir le testicule auquel il correspond ; l'autre renferme toujours une certaine quantité de liquide.

Le malade demande le 25 mai sa sortie, qui lui est accordée.

Le 30, il rentre pour la seconde fois à l'hôpital, se plaignant de souffrir dans la région de l'aine droite, où le cordon en effet est dur, volumineux, très-sensible à la pression, sans rougeur à l'extérieur. Toute la portion droite du scrotum offre une dureté comme ligneuse. Le malade se plaint aussi de souffrir des gencives qui sont un peu rouges et gonflées ; il a quelque peine à manger à cause de la douleur déterminée par la pression des alimens solides. Cet état, amené par les frictions mercurielles faites en dernier lieu, a augmenté depuis sa sortie. L'appétit est bon ; néanmoins il perd la possibilité de le satisfaire. (Garg. ; alun ʒ ; 25 sangsues sur le côté droit de l'aine et de l'hypogastre ; catap. ; eau de saturne sur les bourses),

1.er juin. La tuméfaction du cordon testiculaire a diminué ; les souffrances dont il était le siège ont disparu, mais la tumeur du scrotum est la même, aussi dure et aussi indolente. (Même catap. et gargarismes).

2 juin. Il n'y a plus de rougeur aux gencives, et peu de douleur dans la mastication ; un peu de souffrance seulement sous l'angle de la mâchoire, sans qu'il y ait de rougeur ni de gonflement : la tumeur du scrotum est la même : le cordon moins dur a été parcouru par quelques élancemens peu douloureux. Pas de selles depuis son entrée. (Bain ; lav. laxatif ; garg.)

3 juin. Plusieurs selles liquides ; soif, peu d'appétit ; pouls souple et régulier, peu fréquent. (Pot. stibiée, 8 grains).

Tous les jours cette potion est continuée ; portée à 10 grains et ramenée à 6, elle ne détermine que quelques nausées sans vomissement ; point de selle ; on est même obligé de donner le 10 un lavement qui est rendu sans être suivi d'aucune évacuation. L'engorgement ou l'induration de la tunique vaginale restent les mêmes ; quelques élancemens persistent le long du cordon revenu à son état ordinaire. Il n'y a pas de douleur au ventre.

Interrompue quelques jours après par oubli, cette potion est reprise le 12, à 4 grains, puis portée à 6, et ainsi successivement : les vomissemens, assez rares d'abord, cessent bientôt, et rien ne se manifeste du côté de la bouche ; la langue est rose et humide ; les selles toujours rares, et le 25 juin le malade demande à sortir. Il s'est fait un notable dégorgement dans la tumeur ; il n'y a point de rougeur, mais il y a toujours de l'induration. L'hydrocèle droite, qui n'a pas été guérie en entier, a diminué ; la gauche est complètement fermée.

Cette observation offre un exemple, 1.° d'hydrocèle double ; 2.° d'un hydrocèle vaginale à droite, et d'une hydrocèle divisée en deux lobes à gauche par quelques brides ; 3.° d'une position anormale du testicule à gauche ; 4.° d'une gangrène du scrotum par suite de l'injection vineuse ; 5.° du peu d'accidents que cause d'abord cette gangrène ; 6.° de la guérison d'une moitié de l'hydrocèle biloculaire sous l'influence, soit de l'injection, soit de la suppuration du scrotum, sans que l'autre moitié de la même tumeur ait semblé s'en apercevoir ; 7.° des phénomènes que détermine la présence de fils dans une hydrocèle simple et dans une hydrocèle compliquée ; 8.° de la guérison complète d'un côté, incomplète de l'autre côté, par cette méthode. C'est à cause de ces nombreuses particularités que je la donne ici avec tous les détails dont M. Lemoine l'a entourée.

Je crois donc qu'avec ou sans l'intermède des fils, l'acupuncture, que M. Lewis vient de donner en la réduisant à une simple piqûre d'aiguille, comme une nouvelle méthode (*the Lancet* ; 1836), est un procédé à rejeter définitivement du traitement de l'hydrocèle.

§. 2. *Compression.* — Je demandais aussi, en 1832 (*Méd. opérat.*, etc., t. III), si une compression méthodique, pratiquée à l'aide d'un emplâtre rétractif après la ponction, ne parviendrait pas quelquefois à faire disparaître cette affection comme l'orchite, chez les personnes qui ne veulent pas se soumettre, ou qui ne peuvent pas être soumises à l'une des opérations généralement connues comme devant en produire la guérison radicale. Les bandelettes de diachylon, qui, bien appliquées, dissipent si rapidement l'orchite aiguë, ont été mises en usage par moi, sur trois personnes, dans le courant de septembre et d'octobre 1836. Le scrotum, y compris le testicule du côté malade, immédiatement enveloppés de cet emplâtre après la ponction, de manière à mettre et à tenir en contact les deux parois de la tunique vaginale, n'a point empêché le liquide de se reproduire.

OBS. II.e (par M. Bolton). *Hydrocèle enkystée du cordon, compression sans succès; injection de teinture d'iode; guérison.* — Lépine, âgé de 61 ans, journalier, demeurant rue Guénégand, 31, est entré le 14 août 1836. En rentrant chez lui hier soir, il est tombé de sa hauteur, la jambe droite renversée sous lui, et il n'a pas pu se relever pour marcher; la jambe s'étant fracturée on le conduit aussitôt à l'hôpital. Nous passons sur les détails de cette fracture, pour laquelle on applique l'appareil de Scultet. La jambe droite est beaucoup plus courte que la gauche, le pied de côté est renversé en dehors. On apprend du malade que cette conformation est le résultat d'une chute qu'il a faite il y fort long-temps (en 1813). Dans la même chute, il s'est frappé les bourses contre la selle d'un cheval, et quand on l'a relevé, il avait le scrotum droit gros comme une orange, volume qui n'a jamais diminué depuis; on y sent de la fluctuation.

Examinée le 20 août, la tumeur du scrotum présente tous les caractères de l'hydrocèle, et ce qu'il y a de singulier, on peut mouvoir le testicule tout autour. M. Velpeau y fait une ponction avec un petit trois-quarts, vide le kyste d'un demi-verre de liquide séreux, jaunâtre, puis il enveloppe le testicule et la poche d'une culotte de bandelettes agglutinatives pour exercer une compression forte sur ses parois. 21, on remet les bandelettes; il n'y a pas d'engorgement nouveau; 22, le scrotum est un peu plus gros que hier, mais on ne sent pas de liquide; on renouvelle les bandelettes. 23, le sac ne semble plus contenir de sérosité, on ne remet pas de bandelettes.

Le 10 septembre. Il y a un peu de sérosité épanchée de nouveau dans le sac. 16. On ôte l'appareil de la jambe pour le replacer; pas d'engorgement du membre; pas de déplacement. 20. M. Velpeau fait une nouvelle ponction de la tumeur, en tire la sérosité et injecte à la place de l'eau chargée de teinture d'iode pour en enflammer l'intérieur. 21. Le malade a senti des douleurs dans les reins et dans l'aine. Le testicule est très-sensible, mais peu volumineux. 22. Le scrotum commence à diminuer de volume. 30. Il ne contient plus qu'un noyau dur formé par le sac oblitéré qui se trouve au-dessus et à côté du testicule; cette partie est presque à son état naturel; — Le malade reste encore à l'hôpital jusqu'au 6 octobre, à cause de sa fracture.

Si la compression a complètement échoué chez cet homme, tandis qu'une injection irritante a si promptement dissipé la maladie, il n'y a pas lieu, peut-être, de s'en étonner; d'un côté le kyste datait de 23 ans, et de l'autre les bandelettes

n'avaient aucun point d'appui pour en maintenir les parois en contact. Un fait plus concluant était donc nécessaire pour décider la question. On le trouvera, je crois, dans l'observation suivante :

Obs. III.e (par M. Naphti). *Ecoulement blennorrhagique, hydrocèle traitée sans succès par la compression; inject. iodée, guérison en 5 jours.* — Causse (Étienne), âgé de 37 ans, tailleur, entré à la Charité le 25 août ; il est doué d'une bonne constitution et d'un tempérament bilieux nerveux ; il n'a éprouvé aucune maladie grave, si ce n'est le choléra. Il y a trois mois qu'il contracta un écoulement blennorrhagique qui a duré un mois et demi : il a subi un traitement dirigé par un charlatan qui lui donnait du bol d'Arménie. Le testicule droit s'est gonflé en causant des douleurs assez vives et un peu de réaction générale. On lui a prescrit un bain, puis vingt sangsues, dont on a réitéré l'application quelques jours après sur la partie douloureuse. L'orchite ne s'en est pas moins développée, et l'écoulement n'est point arrêté. Un autre médecin lui a fait appliquer un emplâtre verdâtre qui, d'après ce que dit le malade, l'a un peu calmé, et dont il a continué l'emploi pendant vingt jours.

26 *août. État actuel.* — L'écoulement est assez abondant ; la matière en est verdâtre, jaunâtre, épaisse. Le scrotum droit est le siége d'une tumeur arrondie, légère, fluctuante, du volume d'une orange, transparente, sans changement de couleur à la peau. Le malade n'y sent pas la moindre douleur, même sous la pression. (opiat de cubèbe et de Copahu qui supprime l'écoulement en trois jours). 27. On pratique une ponction de la tunique vaginale et il en est sorti 3 à 4 onces de sérosité claire. Une compression méthodique avec des bandelettes de diachylon gommé a été immédiatement établie tout autour. 28, 29, 30. Point de réaction ni de gonflement : l'opiat et la compression sont continués.

2 Septembre. Le malade, qui a été pris de vomissements, sent des douleurs qui, du flanc droit vont jusqu'à la cuisse du membre correspondant ; son testicule droit est un peu rouge ainsi que le trajet du cordon. (Bain ; sinapismes aux pieds ; bouillon). La compression est enlevée.) 3. Le malade n'a plus de vomissements ni de fièvre. 4, 5, 6. son hydrocèle reparaît. 7, 8, 9. L'hydrocèle est redevenue aussi volumineuse qu'avant la ponction.

10 sept. On a fait une seconde ponction, puis on porte dans la tunique vaginale une injection d'eau chargée de teinture d'iode. 11. Un peu de réaction locale seulement. 12. La tumeur est diminuée de volume, mais est encore douloureuse sous la moindre pression,

on n'y sent plus de fluctuation. 13. La douleur est diminuée et la tumeur affaissée. 15. Le malade sort aujourd'hui parfaitement guéri de son écoulement blennorrhagique et de son hydrocèle.

Ainsi, maladie peu ancienne, hydrocèle peu volumineuse, testicule régulier et facile à irriter, il était impossible de choisir un cas plus favorable au succès de la compression. C'en est assez, il me semble, pour montrer que ce moyen serait au moins fort infidèle, en supposant qu'il pût réussir quelquefois. C'est qu'en fermant le kyste, il faudrait en effet que la compression pût aussi en enflammer l'intérieur.

On a dû pressentir déjà par les deux observations qui précèdent, que la médication dont il me reste à parler ne doit être confondue, sous le rapport de l'importance qu'elle mérite, ni avec l'acupuncture, ni avec la compression.

§. 3. *Injection iodée.* — Ayant appris que les préparations d'iode avaient été employées en topiques sur l'hydrocèle, et qu'on leur attribuait des succès, j'ai pensé à les essayer aussi en injection. Pour cela je me suis servi d'une solution ou d'un mélange d'eau et de teinture alcoolique d'iode (un à deux gros de teinture par once d'eau). Après avoir vidé le kyste par la ponction ordinaire, j'y fais une injection de une à quatre onces du liquide précédent. Il est inutile d'en remplir la tunique vaginale, pourvu qu'en malaxant la tumeur on force le médicament à en toucher tout l'intérieur. On le retire aussitôt; mais sans craindre d'en laisser une certaine quantité. Comme il n'est pas nécessaire de chauffer ce remède, ni d'en remplir le kyste, ni de le faire ressortir en entier, la seringue généralement employée pour les injections de l'urètre suffit; on en est quitte pour la remplir trois ou quatre fois si l'hydrocèle est volumineuse. Après l'injection, le malade peut ne pas rester couché. La partie se gonfle pendant trois ou quatre jours sans causer de fièvre ni de douleur sérieuse; la résolution commence ensuite et s'opère ordinairement avec rapidité. J'ai maintenant mis vingt fois cette méthode en usage. Aucun des malades n'en a éprouvé le moindre accident; dix-huit d'entre

eux ont été guéris en moins de vingt jours ; chez un autre, la résolution n'était encore qu'à moitié opérée au trente-unième jour : j'ai recommencé l'opération, et la guérison s'est ensuite effectuée rapidement. Le vingtième, qui avait une hydrocèle à deux loges, est resté six semaines à l'hôpital, à cause d'un engorgement du testicule. Deux avaient déjà été opérés sans succès par l'injection vineuse (*obs.* 4) et la cautérisation (*obs.* 5); deux avaient une hydrocèle enkystée du cordon (*obs.* 2); chez trois, la tumeur contenait environ douze onces de sérosité ; dix avaient le testicule hypertrophié, bosselé, malade depuis long-temps ; chez tous, excepté deux, la maladie datait de plus de six mois ; deux en étaient affectés depuis quinze ans ; un autre depuis vingt-quatre ans. Les observations 2.e et 3.e prouvent que, sous l'influence de cette injection, l'hydrocèle enkystée du cordon peut être radicalement guérie en dix jours, et qu'il suffit de cinq jours pour faire disparaître certaines hydrocèles de la tunique vaginale. On verra, par les faits qui vont suivre et que je choisis entre vingt observations détaillées, quelles sont les suites et les résultats de cette nouvelle méthode opératoire dans les différentes variétés de l'hydrocèle.

Obs. IVe — *Hydrocèle vaginale ; inject. vin. ; récidiv. inject. iodée ; une once du liquide laissé dans le kyste.* Aucune précaution. *Guérison en* 15 *jours.* — Un jeune homme âgé de 19 ans, me fut conduit à la Charité par M. Artaud de Beaufort, au mois d'août 1836, pour une maladie du scrotum datant de deux ou trois ans. Il s'agissait d'une tumeur qui s'était developpée sans cause appréciable et avec lenteur dans la bourse gauche ; elle était indolente, tendue, mobile, *lourde*, plus volumineuse que le poing. La fluctuation y était obscure, et la transparence ne se voyait que sur sa moitié externe et antérieure. Le testicule et l'épididyme, placés en dedans, siège de quelques élancements, paraissaient durs, fort gonflés et altérés. Tout indiquait du reste que le mal était absolument local. Ce garçon, fils d'un ouvrier, de la ville, ne voulut pas rester à l'hôpital. Il fut opéré chez lui 15 jours après, par un médecin qui se servit de l'injection vineuse. Une inflammation, une réaction fort vives eurent lieu, et retinrent

le jeune homme au lit pendant quinze jours. Le gonflement diminua ensuite pendant huit jours ; à partir de là il resta stationnaire. On eut recours à divers topiques résolutifs mais sans aucune espèce d'avantage, jusqu'à la fin d'octobre. Quand ce malade vint me revoir au mois de novembre, il ne me dit pas et je ne m'apperçus point que je l'avais examiné autrefois. Sa tumeur avait un peu plus que le volume du poing, et offrait les mêmes caractères que la première fois, si ce n'est que la transparence n'était plus complète et que son poids était moins considérable. Rien ne put le décider à rester à l'hôpital. Il consentit seulement à venir se faire opérer un matin, à condition que je le laisserais retourner immédiatement après chez son père. Il se présenta en effet trois jours plus tard. Un verre environ de sérosité citrine sortit de sa tunique vaginale. J'injectai à la place une once et demie d'eau contenant deux gros de teinture d'iode. Après avoir malaxé le scrotum je laissai sortir à peu près la moitié de l'injection. L'autre moitié resta dans la poche. La canule étant retirée, le malade descendit du lit et s'en alla avec son père qui me le ramena le sixième jour. Alors le gonflement commença à diminuer. Il n'y a point eu de fièvre ; le jeune homme n'a point gardé le lit et n'a rien changé à son régime habituel. Il porte un suspensoir et se sert de compresses saturnées. Le quinzième jour on ne sent plus de liquide dans la tunique vaginale. La tumeur ne dépasse que d'un tiers le volume du testicule droit. Aujourd'hui, 15 janvier 1837, la guérison ne s'est pas démentie.

OBS. V.e *Hydrocèle vaginale, cautérisat., récidiv., injec. iodée ; guérison en quinze jours.* — M. Sylva, Brésilien, âgé de 22 ans, étudiant en médecine, grand, bien constitué, eut il y a cinq ans une hydrocèle à droite qu'on a opérée dans son pays il y a deux ans, à l'aide de caustiques, et qui reparut bientôt après du même côté. Aujourd'hui la tumeur a le volume d'une tête de fœtus au sixième mois. Le testicule et l'épididyme, applatis, légèrement bosselés en arrière, sont à leur place naturelle. On voit en avant une cicatrice longue de plus d'un pouce, indiquant le lieu de l'ancienne cautérisation. La transparence n'en est pas moins parfaite dans les 4/5 de la masse, qui est légère et pyriforme. Le cordon est libre et tous les organes abdominaux paraissent sains. Le kyste était d'ailleurs fort mince, sans éraillure apparente, tout-à-fait indolent et ne gênait le malade que par son poids et son volume.

L'opération fut pratiquée le 8 décembre 1836. J'enfonçai le trois-quart au lieu d'élection. Huit onces de sérosité citrine s'écoulèrent par la canule. Je constatai que l'épididyme, conservant à peu près son épaisseur naturelle, était de moitié plus large que de coutume. Le volume du testicule était au contraire sensiblement amoindri, mais cet organe ne donnait d'ailleurs l'idée d'aucune autre altération. Un mélange de six gros de teinture alcoolique d'iode pour quatre onces d'eau avait été préparé d'avance et déposé dans une soucoupe. La cautérisation ayant échoué jadis, je résolus d'injecter ici une plus grande quantité de ce liquide que dans le cas précédent. J'en fis donc pénétrer deux onces d'abord, puis une once encore après avoir retiré cette première injection, et avant de vider la tunique vaginale en entier. Le jeune homme se plaignait à peine pendant l'opération et ne sentit point de douleur lombaire. On appliqua des compresses imbibées d'eau blanche sur les bourses. dès le lendemain, le scrotum se gonfla, devint rouge et sensible, mais sans causer de fièvre jusqu'au cinquième jour. Alors la tunique vaginale paraissait distendue par un nouvel épanchement et avait acquis le même volume qu'avant l'opération. Ce gonflement avait déjà diminué d'un tiers le huitième jour. Le malade n'a osé se lever que le sixième jour. Son alimentation n'a jamais été suspendue. Examiné le quinzième jour, le scrotum était encore moitié plus gros à gauche qu'à droite, mais il n'y avait plus la moindre apparence de liquide dans le sac vaginal et la tumeur n'offrait plus le moindre signe de douleur. M. Sylva sortait depuis le dixième jour et cessa dès lors de s'astreindre à aucun régime. Il est maintenant parfaitement guéri.

OBS. VI[e] *Hydrocèle vaginale peu volumineuse, testicule bosselé. Injec. iodée, pas de précaution; guérison en douze jours.* — M. le comte de Ch..., âgé de 32 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé; ayant eu plusieurs blennorrhagies, il portait depuis deux ans dans la portion gauche du scrotum, une tumeur qui avait acquis en quelques mois le volume du poing. L'équitation à laquelle il se livre souvent est cependant la seule cause que le malade puisse attribuer à cette tumeur, qui a été soumise jusqu'ici à toute sorte de traitements topiques. Elle est lourde, globuleuse, sans changement de couleur à la peau. Des élancements s'y font assez souvent sentir. Sa région antérieure est fluctuante, dépressible, et transparente. Sa moitié postérieure est au contraire dure, bos-

gelée, sensible à la pression et complètement opaque. Il n'y a rien du côté du cordon, du canal inguinal ou de l'abdomen. On rencontre là tous les signes d'une hydrocèle avec hypertrophie du testicule et surtout de l'épididyme. Peut-être y a-t-il aussi quelque masse tuberculeuse dans cet organe.

L'opération est pratiquée le 20 novembre 1836 en présence de MM. les docteurs Parent et Nicolas. La ponction donne issue à un verre de sérosité citrine. Trois gros de teinture iodée mêlés à deux onces d'eau ont été préparés d'avance. Les deux tiers de ce mélange sont injectés sur le champ dans la tunique vaginale. Après avoir malaxé les bourses pendant quelques secondes je fais sortir la moitié du liquide injecté; le reste est abandonné dans le sac et la canule retirée aussitôt. Quoique très irritable, M. de Ch... dit n'avoir que très peu souffert. On a pu s'assurer que le testicule et l'épididyme, avec leurs bosselures, offraient le double au moins de leur volume ordinaire.

Le malade se lève et dîne le soir. Le lendemain il sort en voiture. Le sommeil n'a point été troublé et l'appétit se maintient. Le scrotum, qui a repris la moitié du volume qu'il avait avant l'opération, est légèrement douloureux à la pression. On le couvre de compresses imbibées d'eau de Saturne. Le troisième et le quatrième jour, le gonflement et la douleur augmentent un peu. M. de Ch..... ne s'en lève pas moins. Le huitième jour la résolution est plus d'à moitié opérée. Il n'y plus ni douleur ni rougeur. La tumeur a la forme d'un œuf régulièrement tendu. Les bosselures et le gonflement du testicule commencent à se dissiper aussi dès le douzième jour. Alors l'hydrocèle est complètement guérie. Aujourd'hui 20 janvier 1837 il n'en reste pas la moindre trace.

OBS. VII.[e] (par le D.[r] Raymond). *Hydrocèle vaginale volumin. ancienne. Injection iodée, guérison en 13 jours.* — Marchant (Joseph) charron, âgé de 45 ans, d'une forte constitution, est entré le 27 décembre à l'hôpital de la Charité. Cet homme avait une tumeur du volume des deux poingts dans le côté gauche du scrotum : cette tumeur présentait tous les caractères de l'hydrocèle; savoir : mobilité; peu de pesanteur, égalité de surface, rénitence, et enfin, les signes vraiment pathognomoniques, la transparence et la fluctuation. Elle présentait une des formes qui lui sont communes, celle d'une cornemuse, dont la petite extrémité remontait en haut jusqu'au canal inguinal, et la grosse était en bas et courbée en dedans.

M. Velpeau s'assure de la position du testicule, qui se trouvait en bas et en arrière, de manière que cette hydrocèle de la tunique vaginale présentait tous les caractères normaux assignés par les auteurs à l'hydrocèle la plus régulière. Le malade ne peut assigner aucune cause à son origine ; il se rappelle seulement que depuis très-longtemps il avait remarqué que le testicule gauche était plus volumineux que l'autre, ce qu'il croit pouvoir attribuer à une contusion reçue à l'occasion de ses travaux, car il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes. Cet homme, père de six enfants, présente la disposition du méat urinaire que l'on nomme hypospadias : cette disposition ne paraît pas congénitale, on voit en effet une petite cicatrice occuper la place du méat normal entièrement obturé ; l'hypospadias est situé vers cette portion de la couronne du gland où se forme le repli de la membrane préputiale. Le malade se rappelle effectivement avoir entendu dire qu'à l'âge de deux ou trois ans, une opération lui avait été pratiquée : l'état de déformation du prépuce semble porter à croire qu'il avait été atteint d'un phimosis.

Le 2 janvier, l'opération de l'hydrocèle fut pratiquée par M. Velpeau : après avoir fait la ponction avec le trocart armé de sa canule au lieu d'élection dans l'espèce, c'est-à-dire, à la partie antérieure et inférieure du scrotum gauche, et avoir laissé écouler la sérosité citrine, le chirurgien fit l'injection avec la teinture d'iode (six gros pour quatre onces d'eau), puis il froissa pour ainsi dire pendant quelques secondes le scrotum, avant de laisser écouler la plus grande partie de la liqueur dont une portion seulement fut laissée à dessein dans la tunique vaginale. M. Velpeau permit au malade de retourner immédiatement chez lui à condition qu'il reviendrait à la visite et qu'il serait suivi par un jeune médecin commis à cet effet. Le 2 janvier, le malade est bien ; le toucher lui fait éprouver de la douleur au scrotum gauche ; un léger gonflement s'est manifesté : (applications de compresses imbibées d'eau blanche), pouls un peu fréquent; le malade se lève deux heures le soir, prend un petit potage. Le 3 : scrotum toujours douloureux au toucher, la tuméfaction est un peu augmentée; application de compresses ; le malade se lève, descend dans l'atelier après avoir mis un suspensoir; pouls normal; il prend ses repas ordinaires; on est obligé de l'enhardir à continuer ses habitudes, car il semble douter qu'un résultat heureux puisse s'obtenir sans de plus grands moyens et avec si peu de ménagements. Du 4 au 10 : la tuméfaction persiste, mais la douleur est moins grande, presque nulle même vers ces

derniers jours; il a repris ses travaux. Le 11, diminution très-sensible de la tumeur. Les 12 et 13, la mensuration donne un pouce de moins; le 15, le scrotum gauche est presque revenu a son état normal, bien que plus volumineux que le droit en raison de l'ancienne orchite, de l'épaississement et de l'excédent du scrotum de ce côté. Le 16, le malade se présente à la visite de M. Velpeau, et fait constater encore une fois son état satisfaisant. Aujourd'hui, 18, la résolution est complète.

OBS. VIII.e (par M. Nafti), *Hydrocèle vagin. volumineuse. Inject. avec l'iode, Guérison en dix jours.* — Pouillaud, âgé de 50 ans; est entré le 3 septembre, à l'hôpital. Cet homme doué d'une constitution forte et d'un tempérament bilieux lymphatique, n'a jamais eu d'autres maladies graves que des fièvres intermittentes. Il dit qu'à l'âge de vingt ans il fut pris d'un écoulement blennorrhagique en Dalmatie; depuis il a toujours joui d'une très bonne santé; à l'âge de huit ans il eut une hernie qui n'a jamais donné lieu au moindre phénomène d'étranglement et qui n'a existé qu'un an. Il y a six mois aujourd'hui que le malade s'est aperçu qu'il portait à la partie droite et inférieure du scrotum, une tumeur molle, légère, indolente. Cette tumeur augmenta de volume pendant un mois: en ville, on lui fait trois applications de quinze sangsues sur la partie tuméfiée dans l'espace de quinze jours: huit jours après on fit usage d'un large vésicatoire qui enveloppait toute la tumeur: à l'époque où on appliqua le vésicatoire, une autre tumeur, avec les mêmes phénomènes et la même marche, s'est manifestée sur le trajet du cordon testiculaire, laquelle tumeur est restée stationnaire depuis quinze jours.

4 septembre: *État actuel.* Le scrotum droit, et tout le trajet du cordon jusqu'à l'anneau inguinal, représentent une tumeur oblongue comme étranglée où commence la tunique vaginale, de telle sorte qu'elle simule la forme d'un bissac. Le tout représente une grande poire ou plutôt une véritable gourde. La tumeur, du reste régulière, ne donne lieu au dérangement d'aucune fonction, n'est point douloureuse à la pression. Le testicule se trouve en arrière et en bas.

6 septembre. On pratique l'opération. Il en sort à-peu-près une once de liquide citrin. Une injection d'eau ℥ iij avec teinture d'iode ʒ vj, est aussitôt effectuée. 7. Le testicule est rouge et gonflé; il n'y a pas eu de mouvement fébrile. 8. Point de réaction générale ni de fluctuation dans la tumeur, qui d'ailleurs est rouge et rénitente. 11. Le scrotum est toujours gros, mais il ne paraît pas y

avoir d'épanchement liquide dans la tunique vaginale. 12, 13 : la tumeur diminue graduellement et d'une manière rapide. 16. Le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

OBS. IXe (par M. Lemoine). *Hydrocèle vaginale. Injection de teinture d'iode. Guérison. Pas d'accidens.* — Le nommé Yvon (René) chapelier, âgé de 34 ans, habituellement bien portant quoique d'une constitution peu forte et d'un tempérament d'apparence lymphatique, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, entra le 19 octobre à la Charité pour une tumeur du scrotum dont l'origine remontait à huit mois déjà. Quand il s'en aperçut à cette époque, elle avait le volume d'un petit œuf, et il ne remarqua pas si elle avait commencé par la partie inférieure des bourses ; il ne put même dire quelle en fut la cause ; mais elle acquit en cinq ou six jours un volume considérable, et devint plus dure, sans le faire souffrir davantage. Il entra alors dans un hôpital, et sous quelques cataplasmes qu'on appliqua, elle devint plus molle et diminua ; il reprit ses occupations ordinaires qui le forçaient d'être debout continuellement, parcourant à pied plusieurs localités afin d'y trouver à travailler, et à son arrivée à Paris il y a un mois, la tumeur augmentée pendant ces diverses excursions, avait le volume qu'elle présente aujourd'hui. Les bourses sont tendues et relevées en avant par une tumeur dure, cylindrique, uniforme dans sa longueur et sa consistance, semblable pour sa forme à une aubergine un peu volumineuse, se prolongeant en haut vers le pubis, et laissant en bas et en arrière le testicule de ce côté reconnaissable à sa sensibilité spéciale, tandis que le droit est repoussé vers le canal inguinal correspondant par le liquide qui distend le scrotum ; une lumière placée derrière la tumeur permet de constater la transparence de celle-ci ; la pression du reste est indolente, et le malade ne se plaint et ne veut être débarrassé de son hydrocèle que parce qu'elle gêne sa marche et ses mouvements. Sa santé habituelle n'en est point troublée, et toutes les fonctions s'exercent normalement. Après quelques jours de repos pendant lesquels un ou deux bains furent donnés, une ponction fut pratiquée le 24, et donna issue à une sérosité citrine, pure d'abord, et mêlée vers la fin de quelques parcelles pseudo-membraneuses ; l'évacuation du liquide permet de sentir le testicule qui a conservé son volume ordinaire, mais a pris peut-être un peu plus de mollesse, tandis qu'au dehors et à la base du scrotum il existe une espèce d'em-

pâtement assez résistant, mais indolent; la poche ainsi vidée est aussitôt remplie par un mélange d'eau et de teinture alcoolique d'iode (ʒ ij de teinture pour ℥ j d'eau) au moyen d'une petite seringue ordinaire à urètre, qui fait pénétrer ainsi dans la tunique vaginale environ une once et demie de ce liquide froid; après qu'il a été promené sur tout l'intérieur du sac pendant quelques instans le remède en est exprimé, sans qu'on ait recours toutefois à toutes les précautions ordinairement prises pour que toute la matière injectée ressorte exactement. La sensation éprouvée au moment même où l'injection a été poussée n'a point été douloureuse; c'est une sensation de fraîcheur, pénible seulement parce qu'elle surprend et non parce qu'elle fait beaucoup souffrir; elle s'est propagée rapidement jusque vers la paroi abdominale et n'a été que momentanée; mais pendant les deux ou trois heures suivantes, le malade a ressenti dans la région des reins une douleur sourde qu'il compare à celle que détermine la rétention de matières fécales dont on cherche vainement à se débarrasser. Le reste de la journée s'est passé sans la moindre souffrance, et le 25, la tumeur est indolente, légèrement empâtée et pendante; le pouls un peu fréquent est souple, la peau naturelle; il n'y a point eu de sueur ni de frisson; la langue est rosée, humide, nette; pas de soif, de l'appétit. — (Compresses d'eau blanche sur la tumeur. Suspensoir. Quart d'aliments.)

26. La tumeur est légèrement tuméfiée; quoique peu tendue et mollasse, elle présente une sorte d'empâtement plus résistant qu'hier, et une teinte rose plus marquée; elle n'est pas plus douloureuse, et le cordon est libre, également indolent; sans rougeur ni tuméfaction sur son trajet. Le pouls conserve toujours un peu de fréquence sans dureté; l'appétit est plus grand; aucun signe de réaction. (Mêmes compresses).

30. L'état du scrotum n'a point changé, et présente, sans tuméfaction, le même empâtement qui donne sous le doigt une sensation assez semblable à celle que fournirait de la charpie mouillée, peu serrée; même teint rougeâtre; quelques élancements ont été sentis hier, mais ils n'ont été que passagers.

Le 3 novembre, des onctions d'onguent napolitain sont commencées sur la tumeur, qui n'a point augmenté de consistance ni de volume, et dont la coloration rosée se dissipe. Aucune indication particulière ne survient; le malade se regarde comme guéri, et après plusieurs jours destinés à achever cette sorte de convales-

cence qui ne demande aucun soin, il sort le 13 novembre, ne conservant plus qu'une petite masse solide, indolente, semblable à un testicule hypertrophié qui devra plus tard se réduire insensiblement, et qui maintenant ne gêne point la marche.

OBS. X.e (par M. James). *Nécrose du tibia ; hydrocèle ; injection par l'iode ; amputation dans l'articulation du genou ; accidents de réaction inflammatoire. Mort. — Examen du scrotum.* — Coysier (Baptiste), marchand de vin, âgé de 44 ans, est entré le 30 octobre 1836. Doué d'une constitution assez forte, d'un tempérament éminemment bilieux, cet homme n'a jamais eu d'autres maladies que celles qui l'amènent à l'hôpital, maladies qui datent au reste de fort loin. Dès l'âge de vingt ans, la jambe gauche devint douloureuse et se gonfla ; la suppuration, et ensuite la sortie de quelques esquilles, annoncèrent une nécrose. Le malade n'en reconnaît pour causes que le séjour habituel dans l'eau, et peut-être la masturbation : ses plaies guérirent au bout de trois ans. La suppuration se manifesta de nouveau il y a huit ans, et ne dura que six semaines. Il y a trois semaines, après une grande fatigue, la jambe devint de nouveau douloureuse, se gonfla, et le malade s'est décidé à venir à l'hôpital. Il y a environ quinze ans qu'il s'est aperçu que le scrotum gauche se gonflait sans douleur. Aujourd'hui ce côté des bourses a trois fois le volume du droit. Il est sans changement de couleur à la peau ; fluctuant et transparent, excepté vers la partie postérieure. Il est manifestement le siége d'un hydrocèle.

Le 9 novembre, on opère l'hydrocèle. La tunique vaginale contient six onces d'une sérosité transparente : un mélange d'eau et de teinture d'iode injecté à la place a produit une douleur qui retentit dans l'aine, mais qui est beaucoup moins forte que par l'injection vineuse. (Quart d'aliments ; orge miellée). Le 11, le malade n'a point éprouvé de douleur depuis l'injection. Le scrotum est gonflé très-rapidement, mais sans grande chaleur ni douleur, si ce n'est au toucher. Le 14, le gonflement est maintenant à sa période de décroissement. Le malade a un peu marché. Le 17, le scrotum diminue de volume sans aucun accident. Le 22, le scrotum n'a guère plus de volume à droite qu'à gauche. L'ouverture de l'abcès de la jambe commence à se cicatriser.

Le 5 décembre, la jambe est le siége de nouveaux accidents ; l'ulcération persiste ; il y a là une ouverture fistuleuse entretenue par une lésion trop grave pour qu'on puisse espérer une guérison. Il y a en effet une altération profonde du tibia. Le stylet, in-

troduit par l'ouverture des tégumens, pénètre jusqu'à deux pouces de profondeur, et il arrive dans une caverne osseuse où se rencontrent sous l'instrument des portions encore dures et d'autres ramollies. Il existe là une carie au milieu de laquelle sont des fragmens nécrosés, les uns libres, les autres encore adhérens. La maladie semble avoir débuté par une fièvre de réaction très-vive.

Amputé le 5 décembre, le malade meurt le 18. L'examen du scrotum montre, 1.° que les enveloppes immédiates de la tunique vaginale s'en détachent comme le ferait l'amnios du chorion; 2.° que cette tunique, épaisse de deux lignes, comme albuginée, est intimement confondue avec la coque du testicule; 3.° que celle-ci est fort amincie et d'un teinte rougeâtre; 4.° que le testicule et l'épididyme ont d'ailleurs recouvré leur état naturel.

Avec la teinture d'iode substituée au vin, on n'a besoin ni de réchaud ni de seringue exprès, ni d'aucun préparatif (Voy. *obs.* 9). N'étant point obligé de distendre la tunique vaginale, on court à peine le risque de faire refluer le liquide ou de le pousser dans l'épaisseur du scrotum. Comme c'est une substance *absorbable*, son infiltration ne semble pas exposer aux inflammations gangréneuses comme le vin; elle n'a pas besoin d'être retenue plus de 5 à 10 minutes dans le kyste; j'en ai laissé exprès une once dans la tunique vaginale, et le succès n'en a été que plus prompt (*Obs.* 4). Le retentissement de la douleur dans la région lombaire est inutile. Les malades souffrent peu; ils pourraient se lever et marcher sans de graves inconvéniens le lendemain (*Obs.* 7). Un jeune homme qui avait inutilement subi l'injection vineuse, est venu de la ville se faire opérer le matin à l'hôpital, et s'en est retourné chez lui, où il n'a point cessé de se lever (*Obs.* 4). Un autre, M. de Ch. (*Obs.* 6), que j'opérai en présence de MM. Parent et Nicolas, s'est promené chaque jour sans que la cure en ait été ralentie. La guérison est plus prompte (*Obs.* 2, 3, 8), et tout aussi solide (*Obs.* 10), que par le vin. Sera-t-elle aussi constante? Rien ne m'autorise à en douter jusqu'à présent. N'oublions pas, toutefois, que ce ne sont là que des essais. Il reste encore à déterminer quelles sont les proportions de teinture les plus convenables, s'il vaut

mieux retirer le liquide que d'en abandonner une partie dans le sac, s'il est indispensable que le malade reste couché, s'il est utile d'appliquer quelques topiques sur la tumeur, et si les résultats seront les mêmes dans les différentes sortes d'hydrocèle. Le temps seul peut éclaircir ces points de la question; mais ce que j'ai obtenu est déjà de nature à justifier d'autres tentatives du même genre, et à faire supposer que la teinture d'iode sera problement substituée avec avantage à l'injection vineuse dans le traitement de l'hydrocèle. L'un des premiers malades (*Obs.* 10), que j'ai traités de cette façon, et qui était guéri le dixième jour, est mort depuis par suite d'une amputation de jambe. Le scrotum, disséqué avec soin, a montré que des adhérences celluleuses s'étaient établies entre tous les points de la cavité vaginale, et qu'aucune récidive n'eût été possible. Avec ce liquide, une seringue de la capacité de trois à quatre onces est assez grande pour tous les cas; seulement il faudrait, si on en choisissait une *ad hoc*, chercher la substance qui se laisse le moins altérer par l'iode, ou qui est le moins susceptible de réagir sur cette substance. Je m'en suis tenu jusqu'à présent aux seringues en étain.

Nouvelles expériences sur le sens du goût chez l'homme, suivies d'un examen succinct des travaux principaux publiés récemment sur le même sujet; par JULES GUYOT, *D. M. P.* (1).

Nous avons, M. Admyrauld et moi, publié au commencement de 1830, une série d'expériences sur le siége du goût chez l'homme, et nous avons constaté :

1.° Que les lèvres, la partie interne des joues, la voûte

(1) Consultez l'article *Goût* du *Dictionnaire de Médecine ou Répertoire général des sciences médicales*, sous les rapports théorique et pratique, article auquel ce mémoire peut servir de complément.

palatine, le pharynx, les piliers du voile du palais, la face dorsale et la face inférieure de la langue, sont tout-à-fait étrangères à la perception des saveurs.

2.° Que l'exercice du sens du goût n'a lieu que dans la partie postérieure et profonde de la langue, au-delà d'une ligne courbe à concavité antérieure, passant par le trou borgne, et joignant les deux bords de l'organe en avant des piliers ; sur les bords de la langue dans toute leur épaisseur, et sur une surface d'environ deux lignes qui les prolonge et les unit à la face dorsale ; sur sa pointe avec un prolongement de quatre à cinq lignes sur la face dorsale, et de une à deux sur la face inférieure ; enfin, sur une petite surface du voile du palais située à peu près au centre de sa face antérieure.

Ces faits résultent exclusivement d'expériences faites sur nos propres organes : et le sens du goût ne peut être rigoureusement analysé que de cette façon, car aucun animal ne peut traduire assez évidemment les impressions de saveur qu'il reçoit pour ne laisser aucun doute dans l'expression qu'il en donne. Les moyens que nous avons employés et indiqués sont d'ailleurs simples et sûrs ; tous les physiologistes, en les mettant en pratique, ont pu constater l'exactitude de nos résultats ; ils nous paraissent aujourd'hui reconnus et admis dans la science, et il devait en être ainsi.

Nous n'avions encore examiné la question du goût que sous un seul point de vue, celui de son siége ; c'était le premier à étudier. Nous avons dû pousser plus loin nos observations, et je vais, avant tout autre examen ou discussion, exposer les résultats d'un second travail qui m'est commun, comme le premier, avec M. Admirauld. Ce petit mémoire, terminé en 1831, était resté dans mes papiers, et y serait probablement encore aujourd'hui, si la lecture de l'article *Goût* du *Dictionnaire de Médecine* n'était venu stimuler mon zèle en me signalant des travaux récens d'un haut intérêt sur cette matière, et en faisant ressortir tout ce qu'il y avait encore de douteux et incomplet dans la question. Je crus avoir alors quelques élé-

ments capables d'éclairer encore cette partie de la physiologie, et je ne regrette pas d'avoir attendu quatre années avant de les faire connaître, puisque plusieurs travaux publiés depuis ce temps, loin de les rendre inutiles, paraissent au contraire devoir leur donner une plus large base, et rendre leur publication indispensable.

Nous avions déterminé le siége du goût et fixé les limites dans lesquelles il s'exerce : il nous restait encore à examiner si les surfaces gustatives percevaient les saveurs avec la même énergie dans toute leur étendue, si elles percevaient indifféremment toutes les saveurs, enfin si un corps sapide donnait dans toute l'étendue de l'exercice du goût une saveur identique. Ces trois questions devaient être résolues avant toute recherche anatomique et physiologique sur la disposition et les fonctions des nerfs.

—Les surfaces gustatives perçoivent-elles les saveurs avec la même énergie dans toute leur étendue?

Pour reconnaître que la sapidité des corps ne fait pas une impression égale à la partie antérieure et à la partie postérieure de la langue, il suffirait de prendre et de garder un instant à la partie antérieure de la bouche une cuillerée d'eau sucrée concentrée et de la faire passer ensuite à la partie postérieure en l'avalant lentement : la saveur est bien plus prononcée en dernier lieu, et la différence est telle qu'il n'est personne qui ne l'ait depuis long-temps observée. Mais on peut analyser ce fait avec plus de précision en diminuant la quantité de sucre jusqu'à ce que la partie antérieure de la bouche ne perçoive plus la saveur sucrée : on reconnaîtra alors en avalant cette faible solution que l'arrière bouche y trouve encore cette même saveur et à un degré très-prononcé. On peut essayer ainsi un mélange d'eau et de vin, une solution quelconque, pourvu que sa saveur soit identique et qu'elle puisse être graduée dans son intensité. Pour établir le rapport de sensibilité entre la pointe de la langue et ses bords, entre ceux-ci et le voile du palais, il faut toucher ces surfaces

avec une très-petite éponge imbibée d'eau sucrée, acidulée ou imprégnée d'une solution franchement amère; on reconnaît alors que la sensibilité gustative va en augmentant sur les bords de la langue depuis les piliers du voile du palais où elle est nulle jusqu'à la pointe de la langue où elle est au maximum; on reconnaît aussi que toutes les substances distinguées par contact au milieu des bords de la langue sont reconnues par le point sensible du voile du palais. Ainsi nous assignons à ces diverses parties le rang suivant, fondé sur leur degré de finesse et d'aptitude à percevoir les saveurs : 1° la base ou partie postérieure de la langue ; 2° sa pointe ; 3° ses bords ; 4° le voile du palais.

— Les surfaces gustatives perçoivent-elles indifféremment toutes les saveurs?

Nous avons trouvé certains corps sapides, et de ce nombre sont le lait, le beurre, l'huile, le pain, les viandes et une grande quantité de substances surtout alimentaires, qui ne font éprouver à la partie antérieure de la bouche qu'une impression de tact, et ce n'est qu'en arrière que leur saveur caractéristique se manifeste. (Cette particularité et celle qu'on remarquera plus tard expliquent la nécessité de la déglutition pour satisfaire complétement le sens du goût.)

On pourrait penser que le défaut d'action de ces corps sapides aux parties antérieures de la bouche tient à leur peu de sapidité ou au peu de finesse dans ces parties du sens : la solution de la troisième question prouvera qu'il n'en est pas toujours ainsi.

— Un corps sapide donne-t-il dans toute l'étendue de l'exercice du goût une saveur identique?

Nous commençons par répondre négativement, et nous appelons de toutes nos forces l'attention des physiologistes sur ce point; nous l'avons étudié nous mêmes avec le plus grand soin.

Un très-grand nombre de corps et particulièrement les sels présentent ce fait très remarquable que la sensation

produite par eux aux parties antérieures de la langue est entièrement différente de celle qu'ils donnent à la partie postérieure ; ainsi :

L'acétate de potasse solide, d'une acidité brûlante à la partie antérieure de la bouche, est amer, fade et nauséeux à la partie postérieure, où il n'est plus du tout acide ni piquant.

L'hydrochlorate de potasse, simplement frais et salé en avant, devient douceâtre en arrière.

Le nitrate de potasse, frais et piquant en avant, est en arrière légèrement amer et fade.

L'alun, très-peu sapide quand il est solide, est frais, acide et surtout styptique lorsqu'il est broyé en avant de la bouche, tandis qu'il donne en arrière une saveur douceâtre sans la moindre acidité.

Le sulfate de soude est franchement salé en avant et franchement amer en arrière. Le sous-carbonate de soude laisse des impressions moins vives, mais la même différence se manifeste.

Le sulfate de magnésie, légèrement acide et salé en avant, devient d'une amertume très intense en arrière.

L'oxalate et l'hydrochlorate d'ammoniaque ne présentent leur saveur alcaline qu'à la base de la langue, indépendamment de l'odeur urineuse dont la cause a été signalée par M. Chevreul.

Le sulfate de zinc présente le phénomène des deux saveurs de la manière la plus tranchée, il est impossible de trouver la moindre analogie entre l'impression fraiche et piquante qu'il fait à la pointe de la langue et la saveur douceâtre, fade, métallique, qu'il produit à sa base.

L'acétate de plomb, frais, piquant, styptique en avant, est exclusivement sucré en arrière ; tous les sels solubles de plomb donnent lieu à un effet analogue.

Pour bien reconnaître ces différentes impressions il faut prendre la substance, si elle est solide, entre les incisives, fermer la bouche, approcher la pointe de la langue, broyer.

avec les dents et agiter avec la pointe de la langue en se baissant de façon que la partie antérieure de la bouche soit la plus déclive ; il faut avoir bien soin pendant qu'on cherche à se rendre compte de l'impression de ne point avaler sa salive ou seulement de ne point la laisser remonter jusqu'à la base de la langue. Lorsqu'on a bien senti cette première saveur on peut inonder la base de la langue en avalant tout à coup la dissolution, on aperçoit alors une toute autre saveur, et le fait est tellement évident qu'on pourrait affirmer qu'il n'y a pas d'erreur possible. Mais comme la saveur première peut persister encore à la pointe à l'instant où on observe la seconde saveur sur la base, l'attention pourrait être distraite et l'effet paraître complexe ; il vaut donc mieux, et nous avons procédé de cette façon pour chacune des substances que nous indiquons, il vaut mieux, disons-nous, pour percevoir la seconde saveur, engager l'extrémité antérieure de la langue dans le fond d'une appendice cœcale préparée : de cette façon la saveur sucrée des sels de plomb, la saveur métallique du sulfate de zinc, amère du sulfate de magnésie, fade et douceâtre de l'alun, etc., existent seules et bien distinctes ; il faut se rincer la bouche avec de l'eau pure et fraîche à chaque épreuve.

Les alcalis, l'eau de chaux et l'ammoniaque n'ont qu'une saveur ; pour la première c'est une amertume franche mais peu intense ; pour le second c'est une saveur douceâtre et nauséeuse.

Les acides tartrique, hydrochlorique, nitrique, n'ont aussi qu'une seule saveur à la base et à la pointe de la langue.

Nous avons reconnu, en expérimentant sur une foule de substances acides, alcalines, neutres, végétales et animales, que les acides ou saveurs acides sont en général mieux appréciées par la pointe et par les bords de la langue, et que les substances ou saveurs basiques sont mieux reconnues par la base de cet organe ; que le plus grand nombre des corps sans acidité et sans alcalinité donnent une saveur unique ; que presque tous les sels font sentir leur saveur acide, salée, piquante,

styptique, à la pointe, et leur saveur amère, métallique, basique à la partie postérieure de la langue; mais il existe un grand nombre d'exceptions : ainsi l'hydrochlorate de soude a une saveur unique, l'émétique est presque insipide en avant et métallique en arrière, etc. En sorte que ces généralités ne doivent être adoptées que comme un point de vue; néanmoins il paraît assez évident que la langue est douée de ces deux grands principes qui composent et détruisent l'affinité chimique; ou du moins qu'elle a ses deux extrémités constituées de façon à répondre à l'état positif et à l'état négatif des éléments qui composent la plupart des sels. Cette idée mériterait d'autant plus d'être approfondie que le galvanomètre indique en effet un courant électrique qui part de la base, agissant comme pôle électro-positif, et arrive à la pointe qui est électro-négative par rapport à la base : cette relation, que j'ai vérifiée plusieurs fois au galvanomètre de Schweiger, répond précisément aux propriétés gustatives qui paraissent plus particulières à chacunes d'elles; mais il se peut que ce courant soit déterminé par une simple différence de température, et je n'insiste point sur ces considérations superficielles.

Nous avons trouvé des corps complètement insipides, mais faciles à reconnaître par des propriétés qui n'agissent pas sur les organes du goût : ainsi le benjoin ne peut être reconnu que par une odeur propre qui se développe pendant la mastication ; si l'on n'y apportait une grande attention et si l'on n'avait pas soin de se pincer le nez en le mâchant, on serait certainement tenté de lui attribuer une saveur, il en manque absolument. La plupart des résines sèches présentent le même fait, cependant beaucoup ont une saveur amère, mais qui n'a rien de caractéristique. L'odeur, comme l'a depuis long-temps démontré M. Chevreul, et d'autres circonstances qui tiennent à l'action et à l'état actuel de la salive (*voy*. Chevreul, Vernières, Wing), s'ajoutant aux saveurs ou les modifiant, ont fait croire à l'existence de nuances infinies dans la sapidité des corps, mais en réalité ces nuances sont peu nombreuses et

c'est souvent à une circonstance étrangère au sens du goût que la substance la plus sapide doit d'être reconnue; ainsi l'opium semble à tous ceux qui en ont goûté doué d'une saveur *sui-generis*, comme on dit : eh bien ! il est d'une amertume franche, et sans son odeur on ne pourrait le distinguer de l'extrait d'aloës, du gentianin, du sulfate de quinine, etc.

L'alcool affaibli à 9 ou 10 dégrés de l'aréomètre ne laisse aucune impression caractéristique quand on tient les narines bien fermées pendant sa déglutition : il est immédiatement reconnu en laissant libre l'ouverture des fosses nasales.

Nous avons remarqué que certains corps étaient particulièrement propres à faire reconnaître le point sensible du voile du palais, ce sont les substances sucrées, l'aloës et les amers sans odeur; l'acétate de potasse et l'acide oxalique.

Nous ferons observer, pour terminer ce qui a rapport à l'action des corps sapides sur les surfaces destinées à percevoir leurs impressions, qu'il importe beaucoup, pour bien sentir la qualité et l'intensité de la saveur, 1°. de laisser sur l'organe une certaine quantité de salive, 2°. de presser le corps sapide contre le point sur lequel on veut experimenter.

De ces faits nous avions tiré quelques conséquences : la première, c'est que le goût est un sens chimique et non un sens physique; qu'il s'adresse à la nature des corps et non à leur densité, et non à leur température, et non à leur consistance : sous ce rapport il diffère essentiellement du toucher et même du tact, qui sont exclusivement destinés à reconnaître les propriétés physiques des corps. Il est aidé par le tact, comme l'ont constaté M. Chevreul et M. Vernières, comme il l'est par l'odorat; mais il diffère du tact comme il diffère de l'odorat, et plus encore, peut-être, puisque l'odorat paraît, comme le goût, s'adresser à l'état moléculaire plutôt qu'à l'état physique des corps.

On discute beaucoup pour savoir si le goût est un toucher ou un tact perfectionné : la question ne peut pas être ainsi posée, car il est bien certain que le goût n'est ni le toucher

ni le tact. Mais si l'on demande : le goût et les autres sens dérivent-ils d'une même propriété généralement répandue dans l'économie, le tact, ou mieux la sensibilité ? La réponse pourra être positive ou négative. Si elle est positive, alors le tact, le toucher, le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue, seront des variétés ou des perfectionnemens, comme on voudra, d'une seule et même faculté : seulement l'un sentira les surfaces et la température, le toucher; un autre les molécules, l'odorat; un autre l'état chimique des molécules, le goût; un autre, les corps en vibration ou la vibration des corps, l'ouïe; un autre enfin, une cinquième manière d'être des molécules ou des corps, la vue. Il résulterait encore de cette façon de penser, qui me paraît éminemment philosophique, une autre conséquence beaucoup plus vaste, c'est l'identité de principe entre la lumière, la chaleur, le son, l'odeur, la saveur, la consistance; car si le sens est une modification, la propriété sentie ne doit être également qu'un mode. La seconde conséquence, aussi évidente que la première, c'est que le sens du goût n'est point un : c'est-à-dire qu'il a des étalons différens, des mesures différentes pour les saveurs en ses divers points, non seulement par l'intensité des saveurs mais encore pour l'espèce de corps sapides.

Enfin notre dernière conclusion était que le goût ne pouvait s'exercer par un seul et même nerf; nos résultats en supposaient au moins deux. Tous les anatomistes savent qu'il n'existe pas de nerf qui se distribue à la fois à la base, à la pointe de la langue et au voile du palais, et quand bien même il y en aurait un disposé de la sorte, il faudrait bien reconnaître qu'il en existe un différent pour sentir aussi les saveurs, à moins qu'on ne pense qu'un même nerf peut percevoir d'un même corps une saveur acide en un point et une saveur amère en un autre. Pour fixer anatomiquement nos idées sur ce point nous avons disséqué avec soin et sur plusieurs sujets les nerfs hypoglosses, glosso-pharyngiens, linguaux et palatins; nous avons trouvé ce qui était fort bien décrit avant nous à quelques légers détails prés.

Le nerf glossopharyngien répand de nombreux filets entre le muscle lingual et la membrane muqueuse de la partie postérieure et profonde de la langue. En isolant les dernières ramifications de ces filets et en soulevant la muqueuse en même temps qu'on observe avec une forte loupe, on voit ces filets entraînés par la membrane, dans laquelle ils pénètrent évidemment, s'alonger par un déplissement très-sensible. Nous n'avons pu suivre de ramification du glosso-pharyngien au-delà du tiers postérieur de la langue : et dans cette partie superficielle, qu'ils occupent en grand nombre, nous n'avons pu suivre aucune autre ramification nerveuse ni trouver aucune anastomose. Il en est tout autrement dans les piliers du voile du palais et sur les amygdales où les filets du nerf qui nous occupe s'anastomosent très-fréquemment entre eux et les rameaux du nerf facial ; il paraît certain que ces deux dispositions différentes ne peuvent remplir des fonctions analogues : les anses nerveuses sans fin appréciable doivent-elles recevoir des impressions ou conduire des influences? la conduction n'est-elle pas plutôt leur rôle, et la perception n'appartient-elle pas plutôt aux terminaisons ramiformes? On suit plusieurs filets du glosso-pharyngien sur la glotte et sur l'épiglotte ; avant d'arriver à ses dernières divisions le glosso-pharyngien a échangé des communications avec le pneumo-gastrique, puis avec le rameau pharyngien de ce même nerf, avec les ganglions cervicaux et les muscles du pharynx : en sorte qu'il nous a paru arriver à la base de la langue avec toutes les conditions nécessaires à l'exercice et à l'harmonisation de la fonction qu'il doit y remplir. Ainsi la perception des saveurs a lieu dans ce point au moment de la déglutition, dans une région où elle cesse en grande partie d'être sous l'influence de la volonté : c'est la sensation de saveur qui, réagissant sur le glosso-pharyngien détermine probablement, instinctivement par d'autres rameaux du même nerf, l'acte de déglutition ou de régurgitation : les amygdales doivent

donner leur suc au même instant, le glosso-sthaphylin doit agir, la glotte et l'épiglotte doivent se fermer, la respiration se suspendre et tout cela sous l'impression de tact et de saveur. Eh bien! par ses communications et ses terminaisons, le glosso-pharyngien peut s'adresser à tous les organes nécessaires et influencer simultanément leur action. Nous n'avons pu suivre aucun filet du glosso-pharyngien dans le voile du palais; il en envoie un dans le glosso-staphylin, qui peut néanmoins s'étendre jusqu'à cette membrane, mais nous n'avons pu l'y observer.

D'après ces observations anatomiques, nous avons conclu que le nerf glosso-pharyngien était celui qui présidait à la perception des saveurs, à la base de la langue et peut-être au voile du palais; qu'il était le seul qui pût les percevoir en cette partie postérieure de la bouche; et enfin qu'il ne pouvait les percevoir ni sur les bords ni à la pointe de la langue.

Le nerf lingual arrive sur les côtés et à la pointe de la langue après avoir établi des relations aussi multipliées et aussi indispensables à l'exercice du goût que le glosso-pharyngien : ainsi la première communication après celle du nerf dentaire est avec le ganglion sphéno-palatin par la corde du tympan; puis il envoie un filet aux constricteurs, puis aux amygdales, un véritable plexus à la glande sous-maxillaire, un grand nombre de filets à la glande sublinguale, à la membrane muqueuse des gencives et des joues, autour du conduit de sténon; il s'anastomose avec plusieurs ramifications longues et grêles de l'hypoglosse; enfin les rameaux principaux passent entre les muscles de la langue et viennent se ramifier sur ses bords, tandis que ses rameaux terminaux vont à la pointe et s'y répandent en un grand nombre de divisions qui pénètrent jusqu'à la surface de la muqueuse. Ici, comme pour le glosso-pharyngien, on peut reconnaître la différence entre les terminaisons des filets aux surfaces sensitives et leur disposition anastomotique et

plexoïde sur les glandes et dans les muqueuses des joues et des gencives. Quoi qu'il en soit, le nerf lingual recevant les impressions sapides à la pointe de la langue et sur ses bords, peut réagir sur les glandes sublinguales, maxillaires et parotides, provoquer les contractions de la langue et les expuitions par l'hypoglosse, exciter les régurgitations par la corde du tympan, son rameau pharyngien, etc, etc.; en un mot, harmoniser et completter la fonction ou la portion de fonction qui lui est dévolue, et à laquelle il paraît en effet destiné.

Si l'on compare les communications et les accessoires dont s'entoure le nerf hypoglosse avec les dispositions du lingual et du glosso-pharyngien, on n'y retrouve rien qui puisse présenter la moindre analogie : une de ses branches va se perdre dans les muscles du cou, l'autre se termine dans les muscles de la langue par tous ses filets, excepté quelques-uns qui s'anastomosent avec le lingual. Nous avons repoussé comme absurde toute idée qui pût attribuer au nerf hypoglosse la perception des saveurs.

Quant aux branches palatines du ganglion de Meckel, les seules qu'on puisse suivre dans le voile du palais, perçoivent-elles les saveurs directement, les sentent-elles par leurs anastomoses avec le glosso-pharyngien ou bien par leur communication avec le lingual, par la corde du tympan? Nous n'avons pu résoudre préventivement cette question, comme nous nous sommes cru fondés à résoudre les questions relatives aux impressions perçues par la base et par la pointe de la langue.

Ces faits, tant anatomiques qu'expérimentaux, vont maintenant nous être d'une grande utilité pour discuter les résultats d'expériences directes faites dans ces derniers temps sur les animaux et sur l'homme.

L'auteur de l'article *Goût*, du *Répertoire des sciences médicales*, après avoir exposé dans une analyse rapide, mais complette et précise, l'ensemble des travaux originaux pu-

bliés sur le sens du gout, propose cette question : Le goût a-t-il, comme la vue, l'ouïe et l'odorat des nerfs spéciaux? Il élève des doutes sur la possibilité de la résoudre dans l'état actuel de nos connaissances; et tout en exposant les résultats obtenus par le professeur Panizza, il s'abstient d'y ajouter une foi entière : en cela, comme dans tout le cours de son article, soit qu'il apprécie, soit qu'il interroge, soit qu'il analyse, il montre une sagacité qui devance les faits, et provoque la vérité en refusant son adhésion à des expériences qui pourraient paraître décisives, et en évoquant l'inconnu qu'il désigne nettement aux expérimentateurs. Je pourrais établir la discussion sur les seuls exposés de cet excellent article; mais j'ai cru devoir faire plus en examinant de nouveau les Mémoires dont il donne l'analyse, et en y ajoutant un mémoire plus récent encore de M le D. Alcock.

Je commencerai d'abord par reconnaître combien est vraie et judicieuse la distinction établie par M. Chevreul (1) entre les effets combinés du tact, de l'odorat et du goût : je dirai que M. Vernières (2) a donné d'excellens Mémoires sur le siége du goût et sur l'analyse de la perception des saveurs; tout récemment les expériences du doct. Wing (3) sont venues sanctionner le fait que nous avons signalé, que peu de saveurs étaient caractéristiques, et que leur différence venait d'une odeur ou d'une impression tactile différente : ses expériences sont certainement exactes. Je ferai remarquer que jusqu'ici les résultats les plus positifs ont été obtenus par l'étude du sens de l'homme, et que les effets observés sur les animaux n'offrent qu'incertitude et contradiction : c'est ce que l'examen des travaux du professeur Panizza (4) et du mémoire du doct. Alcock (5) va démontrer.

(1) *Analyse des corps organiques*, et *Journal de physiologie* de Magendie, t. IV, p. 127.

(2) *Journal des Progrès*, t. III et IV.

(3) *Archives gén. de Méd.*, 2.e série, t. XII, p. 3 et 4.

(4) *Ricerche sperimentali sopra i nervi*. Pavie, 1834; in-8.o

(5) *The Dublin Journal*, 1836, N.o 29.

Le professeur Panizza dit qu'après avoir coupé le nerf hypoglosse d'un chien, de l'un et l'autre côtés, l'animal ne peut plus faire exécuter à sa langue aucun mouvement, malgré les efforts répétés qu'il fait pour lapper ou lécher ; il dit qu'avant la section de ces nerfs et pendant qu'ils sont soulevés sur un stylet, on les tiraille, on les pique, sans faire ressentir la moindre douleur, tandis que les mêmes actes provoquent les mouvements convulsifs de la langue ; que non seulement les mouvements de la langue sont anéantis par la section des nerfs hypoglosses, mais encore ceux de la déglutition. Si la langue tombe entre les mâchoires et que le chien vienne à la mordre, il crie : si un morceau de pain ou de viande est mis sur la langue, il cherche à s'en débarrasser : l'animal a donc conservé la sensibilité de l'organe; d'un autre côté, les cris et les mouvements exécutés sous l'impression des piqûres, coupures, etc, indiquaient plus évidemment encore le même fait. Une solution de coloquinte étant mise sur la face dorsale de la langue, l'animal donnait des signes non équivoques de dégoût : la faculté gustative était donc conservée.

Je n'ai rien à opposer à cette série d'observations : je crois même qu'elles sont vraies dans leurs résultats : seulement, bien qu'il soit probable que la faculté de goûter persiste dans toutes les parties où elle s'exerce après la section des nerfs hypoglosses, il n'en n'est pas moins vrai que M. Panizza n'a rien fait pour le constater : le chien percevait la saveur, mais était-ce à la base, était-ce à la pointe de la langue, était-ce au voile du palais, était-ce partout? Il n'a rien fait pour s'en assurer ; il a mis son corps sapide sur la face dorsale de la langue qui ne goûte pas, c'est donc la salive imprégnée qui a porté la saveur en un des points ou dans tous les points du goût.

Après la section des branches linguales de la cinquième paire, les mouvements de la langue persistent, car l'animal se lèche après l'opération; il boit et mange très-bien; mais il a perdu la sensibilité tactile au point de supporter sans dou-

ner signe de douleur les plus graves lésions de la langue. Si l'on ajoute au laitage, au pain ou à la viande qu'on lui donne un peu de coloquinte ou de quassia, à peine en a-t-il lappé un peu, ou à peine en a–t–il pris une bouchée, qu'il les rejette avec dégoût. Mais, dit toujours l'auteur cité, il pourrait se faire que la saveur fut perçue par d'autres parties que la langue, et pour s'assurer que la langue a bien conservé la faculté de goûter, il faut tenir la bouche ouverte et promener sur la face dorsale de la langue un pinceau à peine imbibé de coloquinte : à peine, répète–t–il, parce que le fluide ne doit pas s'étendre au-delà du point touché; et en effet on voit alors chez l'animal les mêmes marques de dégoût : donc l'excision des nerfs linguaux laisse intacte la faculté gustative de la langue.

Ces expériences ne donnent par rapport au goût aucun résultat concluant : car M. Panizza n'indique en aucune façon les points de la langue où il appliquait son pinceau. La faculté gustative pouvait être entièrement abolie à la pointe et sur les côtés de l'organe, et conserver toute son intensité à la base; tous les faits qu'il indique se seraient manifestés très-bien avec la perte totale du sens à la partie antérieure de la langue. Mais outre que le savant et minutieux professeur n'entre dans aucune explication sur les lieux où il cherchait à faire goûter la substance amère, il paraît encore ignorer complètement les parties de la langue qui sont susceptibles de percevoir les saveurs, car il ne parle que de sa face dorsale, qui en aucune circonstance ne peut les sentir. Il ignore aussi la part différente et presqu'opposée que la base et la pointe de cet organe prennent à l'appréciation des corps sapides; mais il ne peut avoir oublié que nulle trace du glosso-pharyngien ne peut être apperçue à la pointe de la langue.

Plus loin le professeur ajoute que le dégoût se manifeste en quelque point de la langue qu'on applique la substance amère, mais qu'il est bien plus prononcé et plus

durable lorsqu'on le met sur la base. Ceci est déjà un correctif; mais le fait n'en est pas moins érroné, car si la langue était imprégnée d'amertume sur la face dorsale, l'animal n'en aurait aucune connaissance, quand même il n'aurait subi aucune mutilation; il faudrait, pour qu'il le sentît, que la salive apportât la saveur sur les bords, ou à la pointe ou à la base; donc l'expérience a été faite sans précision et sans se garantir de l'expansion des fluides, comme M. Panizza le prétend.

L'effet qui suit la résection des deux nerfs glosso-pharyngiens, dit plus loin M. Panizza, est la perte totale du goût et la persistance parfaite du mouvement et du tact. Je m'en suis assuré par les moyens déjà signalés, et qu'il est inutile de répéter; qu'il suffise de savoir que l'animal, après l'opération, mangeait et buvait aussi bien les choses les plus nuisibles et les plus mauvaises que les meilleures et les plus favorables. Je ferai d'abord observer que l'auteur termine un peu cavalièrement la partie la plus délicate et la plus importante de ses expériences; je dirai ensuite que le chien étant un animal connu pour son avidité et pour son peu de délicatesse, peut fort bien, étant alléché par l'odorat qui lui révèle de bon lait et de bonne viande, sans lui faire pressentir la coloquinte, avaler un aliment qu'il ne sent point être mauvais sur la base de sa langue où le goût n'existe plus, quand bien même la pointe et les bords de cet organe lui auraient signalé, par un contact ordinairement peu prolongé dans la manière d'avaler familière aux chiens, une saveur équivoque et même assez mauvaise. Enfin l'expérimentateur ajoute que, avant de couper le nerf, si on le pique ou si on le pince, l'animal ne donne aucun signe de douleur et que la langue ne se meut point; il en est de même lorsqu'on exécute la section.

Tous les résultats énoncés par M. Pannizza sont tranchés et absolus : les expériences faites sur le siége du goût et les saveurs par M. Vernière et par M. Admirauld et moi,

suffiraient pour en démontrer la fausseté. D'ailleurs l'auteur lui-même paraît supposer que d'autres organes que la langue peuvent percevoir les saveurs, et c'est seulement sur la langue qu'il cherche toutes les preuves ; il ne donne aucune dissection du nerf glosso-pharyngien qui justifie la perception des saveurs à la pointe de la langue et au voile du palais ; il admet *à priori* ce nerf partout, ou bien il refuse à certaines parties la faculté de goûter, faculté qu'elles ont incontestablement. Mais nous trouvons dans le mémoire et les expériences du Dr Alcock, sinon la démonstration de vérités tout-à-fait contraires aux axiômes du professeur italien, au moins les preuves irrécusables de leur peu de solidité, et la confirmation des présomptions que donnent les expériences directes sur nos sens et les dissections sur l'homme, en ce qui concerne les nerfs qui peuvent présider à la perception des saveurs. Déjà la perte partielle de la faculté de percevoir les saveurs après la section des branches linguales, et la perte complète de cette faculté par la section de la cinquième paire, signalée par M. Magendie, contredisent les faits énoncés par M. Panizza.

Le Dr Alcock observant que les expériences du Pr Panizza donnaient des résultats peu en rapport, selon lui, avec les faits reconnus jusqu'à ce jour ; voyant d'ailleurs que M. Brougton, personnage important dans la science, leur donnait son adhésion, il entreprit de les répéter. Après avoir coupé les deux nerfs linguaux sur plusieurs chiens, il observa la perte du tact et la persistance du goût ; mais le goût ne persistait que dans la partie postérieure de la langue, car si l'on enduisait de coloquinte la partie antérieure en tenant ouverte la bouche du chien, l'animal ne donnait aucun signe de dégoût : il donnait très-énergiquement ces signes lorsqu'on lui fermait la bouche.

Sur plusieurs chiens, les nerfs glosso-pharyngiens se sont toujours montrés sensibles aux piqûres, aux coupures et aux tiraillemens, et constamment ils ont fait éprouver des

douleurs très-vives ainsi que des mouvements convulsifs de régurgitation, d'abaissement et d'incurvation de la langue; à tel point que M. Alcock prétend que M. Panizza pourrait bien n'avoir pas opéré sur les glosso-pharyngiens; prétention exagérée, puisque M. Panizza avait oblitéré le goût par la section des nerfs dont il parle. Outre ces faits contradictoires que M. Alcock donne et appuie des détails les plus précis, il affirme encore que le goût ne parut pas beaucoup affecté par la section des glosso-pharyngiens, car l'animal fit des efforts pour vomir sous l'impression de la coloquinte; néanmoins il manifestait moins de dégoût qu'auparavant. . . . .

Le même auteur conclut que, si les glosso-pharyngiens concourent à la perception des saveurs, ils n'en sont certainement pas les nerfs spéciaux et exclusifs.

M. Alcock a extrait le ganglion spheno-palatin, opération difficile à croire, et n'a point remarqué que le goût en fut altéré; de même quand on coupe les branches palatines de la cinquième paire seule, le goût paraît rester intact; mais quand on coupé en même temps ces branches et les nerfs linguaux, le goût est profondément altéré. Il ne l'est pas au même degré et même pas du tout, quand on coupe les branches linguales seules; ce dernier résultat contredit le premier effet signalé par le même auteur après la section des nerfs linguaux.

En résumé, ses dernières conclusions sont les suivantes:

1° Le goût est un sens spécial. 2° Il a deux moyens de perception. 3° Ces moyens sont les glosso-pharyngiens et les branches lignales et palatines de la cinquième paire. 4° Les glosso-pharyngiens ne sont pas des nerfs spéciaux. 5° Ces derniers nerfs sont en même temps sensitifs, sensibles et moteurs. 6° Les ganglions sphéno-palatins et la corde du tympan n'ont d'influence ni sur la perception ni sur l'existence du goût.

Le mémoire du docteur Alcock est riche de faits et de

raisonnements, mais les uns et les autres laissent à désirer; ils sont souvent embarrassés et contradictoires, et ne suffisent point pour trancher la difficulté. Sans doute la solution de la question devient plus facile, et le rôle du dernier expérimentateur se bornera à une vérification; mais cette vérification est indispensable pour fixer définitivement les idées. Nous nous proposons, M. Cazalis et moi, d'accomplir cette tâche et de publier prochainement un travail complet sur le goût et les saveurs.

Mémoire sur des procédés opératoires nouveaux pour le traitement des ouvertures anormales de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme; par J. F. Dieffenbach, *professeur de chirurgie à l'Université de Berlin* (1).

I. Les chirurgiens les plus distingués professent que les plaies de la portion antérieure du canal de l'urètre sont presque toujours incurables. Le succès obtenu par sir Astley Cooper (2), dans un cas de cette espèce, a eu une grande célébrité, et à la vérité, il ne doit exister qu'un bien petit nombre de faits qui puissent être mis sur la même ligne. Je ne veux parler ici que des perforations de la partie antérieure de l'urètre comprise entre le gland et le scrotum. Dans le reste du canal, à partir de la limite antérieure du scrotum jusqu'à la vessie, la guérison des plaies peu considérables et même de celles qui ont beaucoup d'étendue, bien qu'entourée de difficultés, est cependant beaucoup plus aisée à obtenir. Les fistules étroites

(1) Le Mémoire du docteur Dieffenbach, qui a été publié dans le *Zeitschrift für die gesammte Medicin*, de Hambourg, et dont on trouve une traduction littérale dans le *Dublin Journal*, 1836, N.° 29, constitue une monographie remarquable sur un point important de chirurgie-pratique; aussi nous empressons-nous de le reproduire dans son entier.

(2) *OEuvres chirurgicales complètes*, trad. par Chassaignac et Richelot, p. 579, obs. 523.

et même les larges ouvertures de la partie postérieure de l'urètre, soit qu'elles aient été produites par quelque opération, soit qu'elles reconnaissent pour causes des rétrécissements, des infiltrations urineuses, l'enclavement de quelque calcul ou un cathétérisme inhabile, etc., peuvent, en général, être guéries par la seule présence d'une sonde dans le canal. Chez plusieurs malades présentant des plaies de ce genre, j'ai employé avec succès ce moyen, combiné avec les cataplasmes et les fomentations. La vaste expérience et l'érudition profonde de Rust ont jeté beaucoup de lumière sur ce sujet. Dans un cas d'infiltration urineuse très-étendue, dans lequel tout le scrotum avait été détruit par une inflammation gangréneuse, et où l'urine s'échappait par une perforation de l'urètre longue d'un demi-pouce, j'ai vu, avec une grande surprise, des bourgeons de bonne qualité se développer par-dessus la sonde qui avait été introduite dans le canal, et la reproduction complète du scrotum s'opérer. Ce qui favorise surtout la cure des plaies par perte de substance, qui ont leur siége dans cette portion de l'urètre, c'est l'épaisseur des parties molles qui entourent ce canal. Profondément, on trouve en ce point une masse considérable de tissu cellulaire; et, superficiellement, la couche cutanée du scrotum se détruisant facilement, il est vrai, mais se reproduisant avec la même facilité.

La disposition anatomique du canal de l'urètre est bien différente dans la portion libre du pénis. Là, il n'est recouvert que par une pellicule qui naît des corps caverneux et par une peau extrêmement mince. Cette dernière, de même que la peau de la paupière supérieure, n'a guère que l'épaisseur d'une feuille de papier ordinaire. Aussi est-elle bien inférieure à la couche cutanée du scrotum, quant à la puissance de reproduction, et peut-elle rarement se couvrir d'un assez grand nombre de bourgeons charnus pour la restauration des pertes de substance même les moins considérables du canal de l'urètre. Un autre obstacle non moins grave qui vient

compliquer le premier, c'est l'écoulement continuel de l'urine. L'incision de la partie postérieure de l'urètre et du col de la vessie dans l'opération de la cystotomie, se cicatrise, en général, avec facilité. Les parties intéressées ayant une assez grande épaisseur donnent naissance à des bourgeons abondants et riches, sur la formation desquels l'écoulement d'urine a trop peu d'influence pour qu'il en résulte un trouble appréciable dans le travail de cicatrisation. Mais dans la portion libre du pénis le passage de l'urine s'oppose à l'oblitération de l'ouverture fistuleuse, lors même qu'elle est petite. C'est cette circonstance qui arrête tout commencement d'adhérence, soit que la plaie de l'urètre soit récente, soit que l'inflammation ait été artificiellement produite dans les bords d'une plaie ancienne. Dès qu'une seule goutte d'urine les a touchés, les bords de la plaie perdent leur caractère naturel; la plaie, récemment unie, cesse presque complètement de secréter de la lymphe plastique; ses lèvres se séparent de nouveau; les bourgeons deviennent extrêmement rares, et le travail de cicatrisation ne s'élève pas au-delà de la formation d'une zone étroite d'épiderme.

Je dois faire remarquer cependant que j'ai obtenu la cicatrisation de quelques plaies récentes du canal de l'urètre, avec autant de facilité que celle des plaies simples des autres parties; que j'ai souvent incisé l'urètre pour en extraire des calculs rénaux d'un gros volume qui s'y étaient logés et qui n'avaient pu être broyés, ou des corps étrangers qui y avaient été introduits de l'extérieur; que j'ai également fait des incisions à travers les téguments jusqu'au même canal, dans des cas où le pénis seul, sans la participation du scrotum, était énormément tuméfié par suite d'une infiltration urineuse causée par un retrécissement, et dans lesquels tout autre procédé était impraticable; ou bien, dans des cas de rétrécissement où une main inhabile avait pratiqué une fausse route avec la sonde. Dans toutes ces circonstances, un simple traitement a été quelquefois couronné de succès sans être traversé par

des symptômes fâcheux ; mais de telles exceptions ne détruisent en rien la règle générale.

La cicatrisation des perforations de l'urètre, larges ou étroites, anciennes ou récentes, doit toujours être considérée comme un phénomène extrêmement rare. Si l'on excepte un petit nombre d'observations récentes sur le traitement des fissures ou perforations du canal de l'urètre, qui sont comme des monuments élevés à la gloire de l'art chirurgical, nous ne possédons aucun renseignement sur ce sujet. Au moins n'ai-je connaissance d'aucun travail détaillé dans lequel on ait indiqué des procédés opératoires spéciaux appropriés aux cas divers qui peuvent se présenter dans la pratique.

Sous le rapport de l'étendue de la perforation, j'en ai vues qui étaient tellement petites qu'elles ne pouvaient admettre qu'un crin ou une soie de cochon. Dans d'autres cas, l'ouverture était assez large pour recevoir l'extrémité d'une grosse sonde. Quelquefois l'ouverture présentait l'étendue d'une lentille ou d'un gros pois. Dans des cas peu favorables, elle mesurait trois ou quatre lignes, ou même davantage. Chez certains malades, un fragment entier de la paroi du canal était détruit avec la peau correspondante ; la perte de substance de cette dernière étant plus considérable que celle de la paroi urétrale, il n'y avait aucun rebord cutané qui pût recouvrir la défectuosité comme dans les autres cas.

Les cas les plus rebelles au traitement sont ceux où la maladie est le résultat d'un vice de conformation congénitale, comme lorsqu'il y a hypospadias ou épispadias incomplet ou complet. Toutefois, ce n'est pas sur l'étendue de l'ouverture que l'on doit se guider pour juger du degré de curabilité d'une perforation de l'urètre ; cela dépend surtout de la portion de l'organe où la perforation a son siége. Les points les plus rapprochés du scrotum sont les plus favorables, car la peau y est abondante et d'une scructure plus résistante ; à mesure qu'on s'approche de la partie moyenne du pénis, les difficultés augmentent ; dans le voisinage du prépuce, elles

sont encore plus grandes ; mais la guérison présente des difficultés incroyables, et presque insurmontables, lorsqu'une ouverture étendue est située à la base du gland, au niveau de l'insertion du frein. Il est inutile de dire que, dans ces cas, le frein est toujours détruit. L'oblitération d'une ouverture de médiocre étendue siégeant sur le gland lui-même, est beaucoup moins difficile à obtenir. D'un autre côté, la guérison d'un hypospadias, même très-peu étendu, lorsque la fente n'intéresse que le gland, est une chose extrêmement difficile. Là, de même que dans les cas d'épispadias, les difficultés sont en raison de la longueur de la fente, et existent au plus haut degré quand le vice de conformation s'étend jusqu'à la vessie.

II. *Symptômes liés à la perforation du canal de l'urètre.* — Les symptômes qui naissent de l'une ou l'autre des formes de perforation du canal de l'urètre, varient suivant l'étendue et le siége de la maladie. Dans les cas où la fistule est tellement étroite qu'il est difficile d'en reconnaître l'orifice externe, il s'échappe, lorsque le malade urine, une petite goutte d'urine qui décèle le siége de l'ouverture. Lorsque celle-ci est plus considérable, il s'écoule une plus grande quantité de liquide, et même, lorsqu'elle est très-étendue, l'urine s'échappe par un jet, à moins que l'orifice externe ne soit découvert par un repli de la peau. Si la perte de substance est très-grande, toute l'urine ou la plus grande partie de ce liquide passe par la voie anormale. Dans le cas d'épispadias, une grande quantité de l'urine s'écoule le long du canal de l'urètre, comme dans une gouttière, mais la majeure partie s'échappe par-dessus. Plus la fistule est large et rapprochée de l'anus, plus le malade est incommodé par l'humidité de sa chemise et de ses vêtements, pendant ou après l'évacuation de l'urine. Dans le coït, la semence s'écoule tantôt par la voie naturelle, tantôt par le trajet anormal; toutefois, il paraît qu'elle ne passe point par les fistules étroites. Cette maladie exerce, en général, la plus pénible influence

sur l'esprit de celui qui en est atteint. J'ai vu plusieurs sujets chez qui la maladie existait depuis plusieurs années, et qui, à l'exception d'un peu de gêne au moment où ils rendaient leurs urines, étaient d'ailleurs parfaitement bien. Cependant ils maudissaient leur existence, se plaignaient de voir tout bonheur perdu pour eux, et parlaient de se suicider. Mais, à ma connaissance, aucun de ces malades n'a été jusqu'à mettre ce projet à exécution.

III. *Exploration des fistules et des larges perforations du canal de l'urètre.* — Je n'ai jamais vu un trajet fistuleux perforer directement l'urètre de dedans en dehors, comme cela a lieu quand l'ouverture est large. Toujours le canal anormal se dirige obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors. Sa longueur s'élevait, dans un cas, à un pouce plein. En général, il est long de trois à six lignes environ. L'orifice interne est toujours plus large que l'externe. Quelquefois le canal fistuleux représente complètement un entonnoir ; c'est ce qui a lieu principalement lorsque l'orifice externe est tellement étroit qu'on n'observe qu'une gouttelette de liquide à la surface de la peau du pénis au moment où le malade rend ses urines. Il arrive quelquefois, dans les cas de cette espèce, qu'il ne sort pas même une goutte d'urine, au moment de l'exploration. Si alors on ne peut découvrir la petite ouverture, on prescrit au malade de comprimer sa verge au niveau du gland, et de s'efforcer d'uriner ; on voit aussitôt une petite quantité d'urine s'échapper par l'orifice fistuleux. Il m'est arrivé cependant une fois d'échouer dans mes recherches malgré cette manœuvre. Le malade m'indiqua alors le procédé suivant : il prit un morceau de batiste très-fine, de l'étendue d'un demi-pouce quarré, il l'appliqua sur la portion de la verge qui correspondait le plus vraisemblablement à l'orifice fistuleux. Puis, oblitérant l'orifice du canal de l'urètre en comprimant le gland avec deux doigts d'une main, tandis qu'avec deux doigts de l'autre main il maintenait le morceau de toile par une pression modérée

contre la surface du pénis, il poussa un jet d'urine dans l'urètre, et le lâcha brusquement en retirant ses doigts. J'examinai alors la petite pièce de toile qui était restée adhérente à la peau, et j'y reconnus une petite tache d'humidité de la largeur d'une tête d'épingle environ. Guidé par cette espèce d'empreinte, je rencontrai immédiatement l'orifice de la fistule.

Les parois d'une fistule étroite sont ordinairement si minces, qu'on ne peut sentir ni induration locale, ni aucun épaississement. Quelquefois cependant, on peut reconnaître au toucher une légère dureté ou un petit cordon qui se dirige obliquement en arrière. Il n'est pas rare de voir l'urine retenue périodiquement dans le conduit fistuleux, et cet accident être suivi d'un petit abcès urineux. Lorsqu'on est parvenu à découvrir l'orifice externe et en quelque sorte imperceptible du canal fistuleux, on peut, grâce à l'élasticité de la peau qui recouvre la verge, y introduire la pointe d'une fine corde à boyau, effilée avec soin et huilée. Lorsque cette corde a été enfoncée jusqu'à la profondeur de quelques lignes, on la coupe à deux ou trois lignes de la surface de la peau, on met par dessus un petit morceau d'emplâtre agglutinatif, et l'on maintient le petit appareil par une bande roulée. Ensuite on arrose le membre viril avec de l'eau chaude, jusqu'à ce qu'on voie la corde à boyau se gonfler sous le bandage. On peut alors facilement faire une exploration exacte du canal, dans lequel il est très-aisé d'introduire une sonde fine. Si l'on a eu soin de placer préalablement dans l'urètre, une sonde de gros calibre, avec la rainure dirigée en bas, l'extrémité de la sonde fine passée dans la fistule viendra heurter contre la rainure et produira un léger bruit. On peut prendre connaissance de la largeur et de la forme du trajet fistuleux au moyen d'un porte-empreinte, à la manière de Ducamp. Quand la cire a atteint l'orifice interne de la fistule, on comprime la verge latéralement de manière à ce que la cire s'engage dans le canal. Quand l'empreinte est prise, on retire l'appareil et on le

plonge dans de l'eau froide. L'empreinte de l'orifice interne seule est parfaite, mais c'est tout ce qu'on doit désirer.

L'exploration des fistules plus larges est beaucoup plus facile, car on peut y passer une sonde sans préparation préalable. Quand il y a une perte considérable des téguments et du canal lui-même, on voit la paroi postérieure de l'urètre qui ressemble à du velours rouge. Dans ces cas, on peut introduire une sonde de femme de l'orifice naturel du gland à l'ouverture anormale et *vice versâ*. Dans les cas où le malade a rendu ses urines en totalité par l'ouverture anormale pendant plusieurs années, la membrane muqueuse de l'urètre, située au-delà de la perforation, ayant cessé peu à peu sa sécrétion habituelle, l'extrémité antérieure du canal est entièrement desséchée. En pratiquant le cathétérisme alors, j'ai souvent extrait de cette portion du canal, une masse molle, visqueuse ou même caséeuse ; en même temps, cette portion était desséchée, retrécie dans toute son étendue, et avait perdu beaucoup de sa sensibilité normale. Dans d'autres cas, où la maladie était plus récente, cette portion du canal était extrêmement sensible.

IV. *Traitement des fistules de la partie antérieure du canal de l'urètre.* — L'oblitération des ouvertures de l'urètre se fait par le moyen des bourgeons charnus qui se développent sur les bords de la plaie, ou par adhérence immédiate, soit qu'on ait produit l'inflammation au pourtour de l'ouverture par le moyen de la cautérisation, soit que les bords de la plaie aient été avivés, puis réunis par la suture.

Des fistules étroites. — L'oblitération d'une fistule étroite est précisément aussi difficile à obtenir qu'on pourrait la croire aisée, au premier aspect. J'ai souvent employé, sans succès, la cautérisation et la suture, chez le même sujet.

Cautérisation. — La cautérisation se fait de la manière suivante : le canal étroit de la fistule ayant été dilaté jusqu'à la grosseur d'une plume de corbeau, au moyen d'une corde à boyau très-fine qu'on a introduite par l'orifice externe jusque

dans l'urètre, et qu'on retire par l'ouverture naturelle du gland, si la fistule est très-rapprochée de celui-ci, on plonge un pinceau dans la teinture concentrée de cantharides, et on le place dans la fistule. Il faut retourner le pinceau et le tenir en place pendant environ une demi-minute, de manière à ce que tous les points du trajet fistuleux soient suffisamment touchés. Avant de faire l'application du caustique, il faut introduire dans l'urètre une bougie en cire, en partie pour empêcher que la teinture ne tombe dans l'urètre, en partie pour permettre au chirurgien de saisir avec plus de facilité la verge sur laquelle il doit opérer. Cette bougie doit être de grosseur moyenne. Si elle est trop petite, la teinture coulera facilement entre elle et la paroi de l'urètre; si, au contraire, elle est trop grosse, le trajet fistuleux sera comprimé par elle, et, ses parois étant rapprochées l'une de l'autre, le pinceau ne pourra être porté à une profondeur suffisante. On doit appliquer le caustique trois fois dans l'espace de six à huit heures, en humectant seulement le pinceau chaque fois. On retire ensuite la bougie de cire, et l'on place une sonde de gomme élastique, de moyenne grosseur, que l'on fixe au pénis, avec des rubans de fil étroits. Il est inutile d'ajouter que le malade doit rester couché, en repos, et légèrement couvert, sur un lit ou sur un sofa. Le lendemain, on retire, avec de petites pinces, la couche épidermique qui s'est détachée, et l'on passe dans la fistule un petit morceau d'éponge sèche, que l'on y retourne plusieurs fois, afin d'irriter la surface ulcérée et d'enlever le reste de l'épiderme. Quelques jours plus tard, quand la suppuration a commencé, on renouvelle l'application de la teinture de cantharides, jusqu'à ce que l'on voie se développer une masse suffisante de bourgeons charnus. Le traitement interne doit être modérément antiphlogistique.

J'ai vu deux fois une large fistule se transformer en une fistule étroite, par suite de l'emploi de la pierre infernale. D'abord, l'ouverture externe s'était oblitérée; mais l'urine s'était engagée avec force dans l'orifice interne plus évasé, et le premier s'était ouvert de nouveau.

Quoi qu'il en soit, j'ai réussi très-rarement à obtenir une guérison par la méthode ci-dessus décrite, malgré tous les soins que je pouvais y mettre. Lors même que l'orifice externe était cicatrisé et recouvert complètement par une couche épidermique, il se perforait de nouveau, soit pendant le coït, soit lorsque le malade était resté long-tems sans uriner, et qu'il arrivait subitement dans l'urètre un jet violent d'urine. Les malades se décourageaient, surtout après une seconde tentative, et je n'entendais plus parler d'eux.

Suture simple après la cautérisation. — Après avoir produit l'inflammation du canal fistuleux par l'application de la teinture de cantharides, j'introduis une fine aiguille recourbée dans l'épaisseur des téguments, à la distance d'une demi-ligne à une ligne du rebord de l'ouverture; je la fais pénétrer profondément en travers de cette ouverture, et, après avoir noué ensemble les deux chefs de la ligature, je coupe les fils à quelque distance du nœud. J'ai soin de faire pénétrer l'aiguille obliquement vers la partie profonde de la fistule, et de toucher avec sa pointe au niveau de l'orifice interne, la sonde placée dans l'urètre, afin que les bords de l'orifice interne soient également réunis. Cette opération, que j'ai pratiquée trois fois, a échoué constamment. Il survint une inflammation intense; un des malades fut atteint d'une légère infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire. Cet accident fut guéri au moyen d'une incision peu considérable et des cataplasmes. Dans ces trois cas, les ligatures coupèrent les parties et durent être enlevées le troisième jour. Les fistules étant devenues alors très-étendues, j'espérai pouvoir en obtenir la cicatrisation par voie de suppuration; mais cette tentative échoua également. Chez le troisième malade, qui était un cordonnier âgé de 22 ans, j'obtins l'oblitération complète de la fistule en la touchant à plusieurs reprises avec le caustique. Ce malade fut en traitement pendant trois mois, pendant lesquels il ne fit point usage de la sonde, et se livra à ses occupations ordinaires.

Suture entortillée après cautérisation. — L'application du caustique se fait comme il vient d'être dit. Chez un jeune étudiant en théologie, âgé de vingt-deux ans, une aiguille fine fut placée à environ une ligne du bord de l'ouverture et fut enfoncée en travers de la fistule. La ligature ayant été entortillée autour de cette aiguille, on en fit tomber la tête et la pointe. Tout parut aller bien d'abord. Le troisième jour, l'aiguille se relâcha, mais je n'y touchai pas. Le quatrième jour, l'aiguille tomba avec la ligature, et l'ouverture se trouva considérablement augmentée. La plaie fut pansée avec des pommades stimulantes et elle revint, sous l'influence de ce traitement, à sa première largeur. Mais le jeune homme ne voulut se soumettre à aucun autre essai. Depuis, je n'ai jamais employé ce procédé opératoire.

Avivement des bords de la plaie et suture entrecoupée. — Je pratiquai cette opération chez un marchand âgé de 28 ans, de la manière suivante : Après avoir dilaté la fistule, qui était située à la partie antérieure du pénis, j'introduisis dans le trajet fistuleux un petit bistouri dont la lame avait la largeur d'un brin de paille, jusqu'à ce que la pointe de l'instrument vînt heurter contre une bougie en cire qui, préalablement, avait été placée dans l'urètre. J'imprimai alors plusieurs mouvements de rotation au manche octogone du bistouri, afin que la lame agît à la manière d'un foret sur les parois du canal fistuleux. Il s'écoula quelques gouttes de sang. La couche épidermique détachée fut enlevée avec une petite pince, quelques lambeaux flottants furent excisés avec des ciseaux à cataracte. Je fis ensuite la suture et je prescrivis des applications froides. Mais la suppuration survint et la ligature coupa les parties qu'elle embrassait. Le malade, après avoir été ramené à son état primitif, ne voulut plus se soumettre à aucun traitement. Quelques années auparavant, je l'avais cautérisé sans succès, d'après la méthode qui m'est propre.

J'ai traité de la même manière plusieurs autres malades, qui étaient dans les mêmes conditions. La guérison a été ob-

tenue seulement chez un malade âgé de 40 ans. Toutefois la réunion ne s'est point effectuée par première intention, mais bien par suppuration. La ligature coupa les parties le troisième jour. Il se fit une légère infiltration d'urine qui fut guérie au moyen d'une petite incision. On employa la sonde pendant quatre semaines, au bout desquelles la fistule se trouva solidement guérie.

Avivement des bords de la plaie, et suture entortillée.—Ce procédé opératoire a été mis à exécution dans les deux cas qui suivent : Un jeune homme éprouvait de vives anxiétés par suite d'une très-petite fistule située à la partie antérieure de la verge. J'introduisis une aiguille très-fine dans les téguments, à environ une ligne du rebord de l'ouverture, et je l'enfonçai profondément dans le tissu cellulaire en travers du canal fistuleux, dont j'avais préalablement avivé les bords. J'entortillai ensuite le fil autour de l'aiguille, dont je coupai les extrémités. Je ne plaçai point de sonde dans l'urètre. Après quelques jours, la ligature devint lâche et fut enlevée. Il ne s'écoula point d'urine; mais le jour même où je considérais la fistule comme guérie, il en sortit une goutte, et le malade s'opposa à toute autre opération.

Je fus plus heureux chez un homme âgé de 30 ans, qui avait une fistule tout près du prépuce. Je transformai l'orifice externe en une plaie longitudinale de deux lignes. Ensuite, je plaçai l'aiguille dans les parties situées profondément, sans intéresser l'enveloppe cutanée extérieure. La ligature fut entortillée avec précaution autour de l'aiguille, dont les extrémités appuyaient principalement sur les lèvres de la plaie cutanée et les tenaient écartées l'une de l'autre, de manière à donner lieu à une plaie béante à l'extérieur. Avec le bec d'une sonde d'argent de gros calibre que j'introduisis dans l'urètre, je pus sentir l'aiguille dont la partie moyenne maintenait probablement les bords de l'orifice interne exactement rapprochés. Je ne plaçai point de sonde à demeure, et tout le traitement fut constitué par des applications froides. J'eus la satisfaction d'obtenir une guérison

complète. Le cinquième jour j'enlevai l'aiguille avec précaution ; elle était, ainsi que la ligature, recouverte complètement par une masse de bourgeons charnus qui s'étaient développés avec beaucoup de vigueur. Je fus obligé de couper le fil avec des ciseaux fins pour pouvoir enlever l'aiguille.

V. *Procédés opératoires employés dans les cas de perte de substance à la partie antérieure du canal de l'urètre.* — Dans les plaies avec perte de substance du canal de l'urètre, ce sont les plus étendues qui offrent le plus de difficultés dans leur cicatrisation. Dans les cas de perforations anciennes et cicatrisées, on échoue constamment dans les tentatives que l'on fait pour produire le développement des bourgeons charnus, et par suite, l'oblitération de l'ouverture, quand on a eu recours à l'emploi des caustiques. J'ai trouvé également que la suture ordinaire est un moyen si incertain que j'ai été obligé d'essayer d'autres procédés opératoires.

Suture entrecoupée. — J'ai fait le premier essai de la suture entrecoupée sur un relieur âgé de 36 ans, qui portait à la partie moyenne du pénis une perforation pouvant admettre un pois, et à travers laquelle l'urine s'écoulait en grande quantité ; une partie de ce liquide sortait par le gland.

Après avoir introduit une sonde dans l'urètre, j'avivai au moyen du bistouri les bords cutanés de la fistule dont j'enlevai de chaque côté une bande très-étroite de manière à ce que les extrémités de la plaie fussent constituées par un angle aigu. J'appliquai ensuite quatre points de suture, et je prescrivis des applications froides, un régime antiphlogistique, et un repos parfait. Il se développa une inflammation intense de la peau, et le troisième jour on exprima de la plaie quelques gouttes d'un liquide urineux. Le quatrième jour, les ligatures se séparèrent, et lorsqu'elles eurent été enlevées, les bords de la plaie, de couleur cendrée, s'écartèrent et se cicatrisèrent isolément en quelques semaines, laissant le malade exactement dans les mêmes conditions qu'avant l'opération. Trois mois

plus tard, je décidai le malade à une seconde tentative. Elle ne fut pas plus heureuse que la première.

Rapprochement de deux plis de la peau pour l'oblitération des plaies avec perte de substance du canal de l'urètre; emploi de la suture entortillée et des incisions latérales. — L'observation qui suit a déjà été publiée dans tous ses détails (1). L'opération qui y est décrite est la première de quelque importance que j'aie tentée pour remédier à une perte de substance de l'urètre. Le malade se montra d'une telle indocilité, que je l'eusse promptement abandonné, si je n'avais eu l'espoir d'en tirer quelque utilité pour la science.

Un homme, âgé de 31 ans, qui vivait dans le voisinage de Berlin, avait été souvent atteint de gonorrhée et de chancres. Plusieurs années avant que je ne le visse, il avait eu une infiltration urineuse, suivie d'un abcès à la verge, qui s'ouvrit et se termina par la destruction d'une portion de l'urètre.

Une exploration attentive me fit reconnaître que bien que la perte de substance eût un demi-pouce de longueur, le jet de l'urine par cette ouverture était considérablement empêché à cause d'un rétrécissement. Les conséquences de ce rétrécissement avaient été la perforation de la partie postérieure de l'urètre en plusieurs points, une infiltration considérable de l'urine dans le tissu cellulaire du scrotum et du périnée, qui paraissait dur et calleux. Il y avait encore plusieurs ouvertures fistuleuses, dont trois étaient situées dans le voisinage de l'anus, et une au périnée. De toutes les ouvertures suintait goutte à goutte une urine claire, laiteuse et fétide. Au moyen des bougies et des sondes graduellement augmentées de volume (car le rétrécissement n'admettait d'abord que les bougies les plus fines), et après l'application de larges cataplasmes chauds, l'état désespéré de ce malade subit une amélioration marquée. La dilatation du rétrécissement fut suivie du libre écoulement de l'urine par l'ouverture anormale; l'infiltration du périnée et du scro-

(1) *Chirurgische Erfahrungen*, etc. Berlin, 1829.

tum se dissipa, et les ouvertures fistuleuses de cette région se cicatrisèrent. Je m'occupai alors de dilater graduellement la portion antérieure du canal de l'urètre, qui, depuis plusieurs années, n'avait pas été traversée par une seule goutte d'urine. Cette portion s'était desséchée et était devenue d'une telle rigidité qu'il était impossible d'y passer une bougie fine en l'introduisant par le gland. Cette opération fut moins difficile, en faisant pénétrer la bougie par la perforation et en la faisant sortir par l'orifice du gland. L'irritation produite par l'introduction de la petite bougie fut si violente, que le prépuce se tuméfia considérablement, et forma un paraphymosis. Cet engorgement se dissipa au moyen des cataplasmes et par l'emploi d'une solution de sous-acétate de plomb.

Dès que la portion antérieure du canal de l'urètre fut rendue à son calibre naturel, je pensai que le temps était arrivé de tenter d'obtenir l'oblitération de l'ouverture anormale, d'autant plus que le malade n'éprouvait plus aucune difficulté à rendre ses urines. Je commençai par introduire une sonde en gomme élastique dans la totalité de l'urètre. Désirant combler la plaie avec une partie qui présentât aussi bien en dedans du canal qu'à sa surface extérieure, une couche d'épiderme, je formai un pli de peau à droite et à gauche de l'ouverture; et afin que la plaie fût couverte d'une manière plus solide, je prolongeai ces plis de peau antérieurement et postérieurement à un demi-pouce au-delà de l'ouverture. Je passai alors des aiguilles très-fines dans les deux plis, et je rapprochai leurs bords libres l'un contre l'autre. Par cette manœuvre, il me fut possible d'aviver les bords de la plaie uniformément, en en excisant une petite bandelette avec des ciseaux bien affilés. Les ligatures furent alors tournées autour des aiguilles, et les bords de la plaie furent mis au contact le plus exact. Enfin, chaque extrémité de la plaie, qui se terminait en angle très-aigu, fut maintenue fermée au moyen d'une fine aiguille; en tout huit aiguilles, dont les extrémités furent coupées. Je terminai l'opération en faisant deux incisions longitudinales,

une de chaque côté, à une certaine distance des sutures. Comme ces incisions étaient assez longues pour dépasser les sutures, toute tension de la peau cessa immédiatement.

Malgré le traitement antiphlogistique interne et externe le plus rigoureux, il survint une fièvre violente qui débuta par un frisson très-intense. Une saignée du bras produisit un peu d'amélioration. La verge et le scrotum étaient très-enflammés. Une seconde saignée, le troisième jour après l'opération, fut suivie des effets les plus favorables. Les bords de la plaie semblaient réunis; il ne paraissait pas qu'il se fût écoulé d'urine entre la sonde et l'urètre. Je retirai quelques aiguilles aux extrémités de la plaie, dont les bords restèrent adhérents ensemble. Le cinquième jour, je trouvai le reste des aiguilles en partie détachées, et j'en retirai quelques-unes. Les bords de la plaie se séparèrent immédiatement dans la plus grande partie de leur longueur. Çà et là, l'adhérence était maintenue par quelques brides. Au niveau des points où l'adhérence s'était détruite, le tissu cellulaire avait une couleur noire. Une légère pression exercée sur la verge fit sortir par la plaie une grande quantité d'urine infiltrée. Le scrotum était tuméfié par la même cause. Le jour suivant, la séparation des bords de la plaie s'était encore étendue, et il en résultait deux ouvertures longues d'une ligne chacune, à travers lesquelles on pouvait apercevoir l'intérieur du canal de l'urètre. Quand je retirai les deux dernières aiguilles, entre lesquelles les bords de la peau n'avaient point contracté d'adhérences, les points réunis cédèrent, et les bords de la plaie se séparèrent dans toute leur étendue. Huit jours après ce fâcheux événement, les incisions latérales suppurèrent, et les deux portions de peau formèrent deux saillies très-prononcées de chaque côté de l'ouverture.

Réunion des bords cutanés par-dessus la plaie, et incisions latérales. — Chez un second malade qui présentait des conditions plus favorables, je tentai une opération à peu près semblable sans obtenir une guérison parfaite.

Un marchand, âgé de 40 ans, portait, vers la partie moyenne de la verge, une perforation oblongue, de l'étendue d'un gros pois. Elle constituait une espèce de crevasse transversale de l'urètre, et ses bords étaient un peu indurés. Le malade était tombé, quatre ans auparavant, contre l'angle d'une commode; le résultat de cette violente contusion avait été la gangrène, et la formation de l'ouverture anormale citée. Je transformai l'ouverture transversale en une ouverture longitudinale, disséquai et séparai la peau de chaque côté, et j'en réunis les bords au moyen de quatre aiguilles fines, autour des extrémités desquelles les fils furent entortillés, de manière qu'une surface saignante se trouva ainsi en rapport avec l'urètre. Je fis ensuite une incision de chaque côté. Le troisième jour, tout paraissait aller bien. Dans la soirée, la verge se tuméfia considérablement. On appliqua plusieurs sangsues sur la région pubienne, et l'on fit constamment des lotions réfrigérantes. Le lendemain, les choses étaient dans le même état, et je reconnus trop clairement qu'une petite quantité d'urine, qui s'était échappée sur les côtés de la sonde, s'était répandue dans le tissu cellulaire, et produisait ces symptômes. Je retirai, en conséquence, l'aiguille la moins solide. Les bords de la plaie étaient réunis par un tissu cellulaire gris, gangréneux; le reste de la plaie était dans le même état, ce qui indiquait que l'urine avait détruit les adhérences de nouvelle formation. L'inflammation fut rapidement dissipée par des fomentations avec une décoction chaude de camomille, et une solution de sous-acétate de plomb. Quelques semaines après, l'état du malade était exactement comme avant l'opération.

M. Ricord m'a montré à l'hôpital du Midi, à Paris, un homme de moyen-âge, qui portait vers le milieu de la verge une plaie par perte de substance, longue d'un demi-pouce. Les bords de l'ouverture fistuleuse étaient complétement cicatrisés et dilatables. On pouvait voir au fond de la plaie la paroi postérieure de l'urètre, rouge et humide. Toute l'u-

rine s'écoulait par cette ouverture. La portion antérieure du canal de l'urètre était à-peu-près dans son état naturel et assez humide. Ce cas était d'autant plus intéressant que, d'après le récit de M. Ricord, cet homme avait été opéré deux fois par la suture avec incisions latérales, suivant ma méthode, par un chirurgien distingué de Paris. On voyait en effet de chaque côté du pénis, deux cicatrices qui s'étendaient à presque toute sa longueur. M. Ricord introduisit d'abord une sonde en gomme élastique dans la vessie, enleva avec dextérité une partie de l'épiderme qui recouvrait les bords de la fistule, et donna à la plaie la forme d'une ellipse terminée à chaque extrémité en angle aigu. Il sépara ensuite, en dédolant, la peau du tissu cellulaire sous-jacent aux bords et dans tout le pourtour de la fistule. La réunion des bords de la peau fut accomplie enfin au moyen d'un certain nombre d'aiguilles fines. M. Ricord exécuta toute l'opération exactement d'après mes idées. On coupa les extrémités des aiguilles et des fils, on fit des applications froides, et l'on prescrivit un régime antiphlogistique. Pendant les trois premiers jours, l'état des parties fit espérer un succès brillant. La peau était modérément rouge; dans les courts intervalles situés entre les aiguilles, les lèvres de la plaie étaient en contact parfait, et s'étaient unis par l'intermédiaire d'une lymphe plastique. Mais alors les sutures commencèrent à s'entourer d'un cercle rouge-noir; une légère pression fit sortir par la plaie quelques gouttes d'un liquide séreux qui exhalait une odeur urineuse. Quelques aiguilles se relâchèrent, et quand elles furent enlevées, les bords de la plaie se séparèrent, présentant une surface grise, recouverte par une couche de tissu cellulaire gangréné. Au fond de la plaie, dans les intervalles béants, on pouvait apercevoir la sonde de gomme élastique qui était placée dans l'urètre. Le jour suivant, le reste des sutures fut enlevé; cependant les bords restaient partiellement unis par quelques brides, qui étaient la seule chance d'espoir. On plaça quelques bandelettes agglutinatives autour de la verge pour les

soutenir. Mais le passage de l'urine et les érections fréquentes détruisirent ces connexions délicates, et, en quelques jours, le pourtour de l'ouverture fut cicatrisé comme avant l'opération.

J'ai apporté au procédé opératoire qui vient d'être décrit, des modifications que je rapporterai ci-après, et à l'aide desquelles je suis arrivé plus près de la solution du problème. Dans presque tous les cas, l'urine arrivant au contact de la surface interne de la plaie était évidemment la cause qui détruisait le travail de cicatrisation, lors même que, pendant les premiers jours, une adhérence réelle avait eu lieu entre les bords délicats des téguments de la verge. J'ai remarqué que quelques gouttes d'urine qui s'écoulent le long de la paroi externe de la sonde, et qui viennent s'épancher dans la plaie, suffisent pour rendre toute l'opération inutile. On pourrait demander pourquoi la cicatrisation, qui marche favorablement d'abord, est troublée pour un certain temps par la circonstance indiquée? Pour répondre à cette question, je ferai observer que, pendant les premiers jours, la sonde étant solidement embrassée par le sphincter de la vessie, il ne s'écoule pas une goutte d'urine. Plus tard, le séjour prolongé du cathéter dans l'urètre et la vessie y produit une certaine irritation; le muscle constricteur du col se relâche, et une quantité d'urine, peu considérable il est vrai, mais suffisante pour devenir nuisible, peut passer entre la sonde et l'orifice interne de l'urètre. L'écoulement continu de l'urine dans un urinal, ou son évacuation souvent répétée par la sonde, ne peut rémédier à cet inconvénient. On peut supposer qu'il serait possible d'y réussir en ne laissant pas la sonde à demeure, et en ne l'introduisant qu'autant que le malade sentirait le besoin d'uriner. Mais ces moyens donnent lieu à des effets encore plus fâcheux. Les alternatives de tension et de relâchement du pénis; l'introduction de l'instrument dans l'urètre irrité; le passage de la sonde sur la surface interne vive et récemment réunie de l'urètre, sont des cir-

constances qui suffisent pour détruire tous les résultats de l'opération. En outre, au moment où l'on retire la sonde, il y a toujours quelques gouttes d'urine qui suivent l'instrument. Une quantité plus grande encore du liquide s'échappe par les yeux de la sonde, lors même que l'orifice externe de celle-ci est exactement bouché par le pouce.

Aucune de ces précautions n'étant capable d'empêcher l'infiltration latente de l'urine, appréciable seulement par ses effets, et qui est la cause unique de mes insuccès, j'ai songé depuis long-temps à procurer à l'urine un canal étranger à toute la longueur de l'urètre, de telle sorte que les parties nouvellement réunies ne reçussent pas le contact d'une seule goutte d'urine. Dans un autre ouvrage (1), j'ai émis la pensée que l'opération pourrait peut-être réussir si l'on pratiquait une ouverture au canal de l'urètre, entre la vessie et la plaie fistuleuse, et si l'on introduisait par cette ouverture une sonde dans la vessie, avant de commencer l'opération. Cette conjecture me paraissait alors très-vraisemblable, et même actuellement je ne doute point que l'on n'obtienne ainsi l'oblitération de la plaie primitive. Toutefois, j'ai été détourné d'une pareille tentative, par l'impossibilité où je me suis trouvé d'obtenir la guérison de petites fistules urètrales. Il m'a paru très-probable que l'ouverture artificielle se transformerait en une fistule, après que la plaie primitive serait guérie, d'autant plus que l'on serait obligé de faire usage de la sonde pendant un temps considérable.

(*La suite au prochain Numéro.*)

---

(1) *Chirurgische Erfahrungen*, 1re partie.

Des maladies de la rate ; par le professeur NASSE, *de Bonn* (1).

Il se présente souvent des maladies de la rate dans nos contrées, et la médecine clinique en traite annuellement un certain nombre. Les cas qui se présentent le plus fréquemment sont des gonflements de la rate avec ou sans inflammation, endurcissement et ramollissement. Des inflammations pures, c'est-à-dire non compliquées, se présentent rarement. Ce sont surtout les gonflements de la rate qui constituent les cas si fréquents de maladies de cet organe, et se présentent chez les deux sexes accompagnés de fièvres intermittentes. Séparés de ces dernières on ne les rencontre que chez les femmes, à partir de l'époque où la menstruation commense jusqu'à celle où elle disparaît. Sans doute M. Piorry a raison (*Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres intermittentes*), quand il dit que les fièvres intermittentes sont constamment en rapport avec des états morbides de la rate ; car chaque fois que j'explore avec la main l'hypochondre gauche dans des cas de fièvres intermittentes, je le trouve aussi gros et quelquefois plus gros que l'hypochondre droit. Des Hollandais, qui sont venus mourir dans nos pays, avec des fièvres quartes et des hydropisies, m'ont constamment présenté des altérations de la rate et surtout des ramol-

(1) Extrait du *Vochenscrift der Gesammte Heilkunde* de Casper, 1836, N.° 44. — Les assertions pathologiques contenues dans ce Mémoire d'un des hommes les plus distingués de l'Allemagne, auraient sans doute besoin de plus de preuves et de développement pour être admises dans la science. Nous avons cru toutefois donner un extrait de ce travail, parce qu'il donne l'éveil sur beaucoup de questions relatives aux maladies de la rate, et qu'il montre de quelle manière nos voisins d'outre-Rhin envisagent certains points de pathologie.

lissements. Je n'ose pas espérer qu'un malade atteint de fièvre intermittente sera délivré de son mal avant que le toucher et la percussion ne m'aient démontré que l'hypocondre gauche se trouve à l'état normal.

Les gonflements de la rate non accompagnés de fièvre intermittente, et que l'on n'observe que chez les femmes, dépendent généralement d'irrégularités dans la menstruation. Tantôt les règles ne paraissent pas du tout, tantôt elles retardent ou sont trop peu abondantes. Il est des cas où les malades rapportent l'origine de leur affection à un coup qu'elles ont reçu dans le côté gauche, mais le plus souvent la cause reste inconnue. Les malades déclarent que depuis long-temps leurs menstrues apparaissent irrégulièrement, mais il est impossible de déterminer si cette irrégularité est la cause ou l'effet de la maladie de la rate. Si les règles paraissent dans le cours d'une affection de la rate, il suffit de la moindre émotion pour les arrêter, et j'ai souvent appris que le bruit produit par une porte trop violemment fermée avait suffi pour arrêter les règles d'une personne atteinte d'une semblable maladie.

Les jeunes filles sont principalement sujettes à cette affection, que l'on ne rencontre que rarement chez les jeunes femmes. La plupart des malades sont grasses, mais elles ont un pouls faible et de petites veines. Le mal peut durer des années entières, quelquefois il disparaît pendant un certain temps pour revenir bientôt après. Pendant le temps de la rémission, la douleur est faible, ou ne se réveille même que par la pression exercée sur l'hypocondre gauche. Mais pendant le temps de l'exacerbation, il survient des douleurs vives, de l'accélération du pouls, et souvent aussi des crampes. Celles-ci sont le plus souvent très-violentes; elles apparaissent sous toutes les formes, et n'épargnent aucune des parties soumises à l'action de la volonté. Généralement, pendant ces accès de crampes, les malades sont en apparence privées de connaissance.

Celui qui n'est pas prévenu peut croire alors que cet état dépend d'une maladie du cerveau ou de la moelle. Cet organe se trouve, il est vrai, affecté, mais symptômatiquement par suite de la maladie de la rate. Dès que celle-ci disparaît, les crampes disparaissent également, et il ne reste plus rien de l'affection du cerveau ou de la moelle. La cause de tout ce trouble réside dans un gonflement inflammatoire de la rate. Dans les moments où il n'y a pas de douleur, il n'existe qu'une congestion et qu'un gonflement simple de cet organe; mais quand la douleur et les autres symptômes indiqués paraissent, c'est que l'inflammation s'est emparée des enveloppes fibreuses et séreuses de la rate.

Si je ne me trompe, la rate doit jouer un rôle beaucoup plus important qu'on ne le pense dans les accidents nerveux si fréquents chez la femme. Je suis persuadé que dans beaucoup de cas où l'action magnétique a produit du somnambulisme et du soulagement chez les jeunes filles atteintes de crampes violentes, la cause des accidents n'était autre qu'une hypertrophie de la rate. Je trouve, par exemple, dans beaucoup de cas rapportés par Wienholt pour prouver l'action efficace du magnétisme animal, tous les symptômes d'une affection de la rate, tels que : douleurs dans le côté gauche, sensibilité obtuse, irrégularité dans la menstruation, vomissements, etc.

Jamais il ne s'est présenté à moi un cas de maladie où j'aie pu, soit par les symptômes, soit par l'autopsie, découvrir un état morbide du ganglion solaire, ce dont on a tant parlé, et je doute encore que l'on ait raison d'attacher autant d'importance à ce ganglion sous le rapport pathologique, qu'on le fait, du moins en Allemagne. Combien de fois, si j'en juge par ce que j'ai vu au lit du malade, une maladie de la rate méconnue n'eût-elle pas dû produire les accidents arbitrairement attribués à ce ganglion.

Le vomissement de sang n'est point un symptôme nécessaire d'une hypertrophie inflammatoire de la rate, mais il se

présente souvent ; il diminue la douleur, mais non la maladie. J'ai vu dans le cours d'une semblable affection vingt à trente livres de liquide, formé en majeure partie de sang pur, être expulsé pendant des années, sans que le mal disparût. C'est une grande erreur que d'avoir confondu ce vomissement de sang chez des jeunes filles, avec le *morbus niger* d'Hipp. Le *morbus niger* n'apparaît que chez des personnes d'un âge avancé, presqu'exclusivement chez les hommes d'un tempérament bilieux : il existe sans douleur dans l'hypocondre gauche ; il est accompagné de l'expulsion de sang dégénéré, qui le plus souvent est rendu par les selles sans être mélangé à des fécès. Nous avons examiné chimiquement la matière rendue par les selles dans le *morbus niger* ; c'est du sang, mais déjà décomposé ; tandis que le sang vomi dans les affections de la rate n'est mélangé que de suc gastrique et de mucus.

Souvent dans les hypertrophies de la rate, le cœur souffre sympathiquement. On observe alors des palpitations, de l'irrégularité du pouls, des syncopes, et un grand abattement. Et dans ce cas il est souvent très-difficile de déterminer si une douleur dans le côté gauche accompagnée de palpitations, d'anxiété, de tristesse, de syncopes, sans gonflement apparent dans l'hypochondre gauche, dépend d'une affection idiopathique du cœur, ou d'une maladie de la rate.

D'après Brée, Pemberton et d'autres, j'ai essayé divers moyens curatifs contre l'hypertrophie inflammatoire de la rate, mais je n'ai point rencontré de remède certain : actuellement j'emploie contre les accidents inflammatoires des saignées locales, ou même générales. Si l'état du malade l'exige, je prescris un régime antiphlogistique sévère, et je donne le sel de Glauber comme purgatif. A l'époque de la rémission, je donne de l'acide sulfurique, uni à du sulfate de magnésie, si le malade ne va pas journellement plusieurs fois à la selle ; et dans les cas rebelles je fais poser un cautère ou un séton

dans l'hypochondre gauche. J'ai recours au magnétisme pour calmer les accidents nerveux trop violents.

Les inflammations simples de la rate peuvent être ici, comme ailleurs, plus fréquentes qu'on ne le pense, mais le diagnostic en est obscur. Un cas que j'ai observé récemment vient à l'appui de cette opinion. Chez une femme en couches, il survint de la congestion vers la tête, une fièvre violente, du délire, du trouble dans les lochies, un gonflement du genou gauche, des douleurs dans l'hypochondre droit aussi bien que dans le gauche, et dans tous deux un gonflement augmentant et diminuant tout à tour; enfin des nausées, mais sans vomissement : et nous trouvâmes après la mort un foyer purulent de la rate, qui s'était ouvert dans l'abdomen.

Une suppuration aiguë de la rate se termine toujours par la mort; cependant j'ai observé un cas fort remarquable chez un homme qui s'était long-temps adonné au vin, et qui, après avoir offert des symptômes évidents d'une inflammation de la rate, rendit en toussant une grande quantité de pus grisâtre presque noir : il en rejeta pendant plusieurs semaines, et au bout de ce temps, les symptômes existant dans l'hypochondre gauche disparurent, et le malade guérit. Y a-t-il eu dans ce cas résorption du pus vers les poumons ou rupture du diaphragme, c'est ce que je ne puis décider.

Les indurations se présentent assez fréquemment, plus souvent à ce qu'il paraît chez l'homme que chez la femme. L'hypochondre gauche ne présente pas dans ce cas un gonflement très-apparent, et il est peu douloureux à la pression; toutefois, l'ascite qui existe presque toujours dans ce cas ne permet pas une exploration très-exacte.

Aucun organe ne présente une hypertrophie aussi considérable que la rate. Nous avons vu ici un jeune homme qui portait une tumeur lisse, non adhérente aux parois abdominales, d'une consistance presque osseuse, qui avait évidemment la forme de la rate, qui s'étendait de l'hypochondre gauche, en dehors dans la région du flanc, dans tout le côté

gauche du ventre jusqu'à l'os iliaque et à droite au-delà de l'ombilic : en même temps une partie des intestins était contenue dans une hernie inguinale gauche.

Les tubercules de la rate ne se reconnaissent que sur le cadavre ; ce n'est que lorsqu'ils sont accompagnés d'inflammation qu'ils produisent pendant la vie de la douleur et de la fièvre.

Il faut nécessairement que les fonctions de la rate soient dans un rapport intime avec ce point de la préparation du sang en vertu duquel les parties liquides ne peuvent y affluer en trop grande quantité ; car aucun organe, quand il est malade, ne produit si facilement des hydropisies que la rate. D'après mes observations, le foie se rapproche sous ce rapport de ce dernier viscère. Les affections du cœur produisent bien aussi fréquemment l'hydropisie ; mais celle-ci se borne alors le plus souvent aux extrémités inférieures. L'induration de la rate a rarement lieu sans hydropisie, et celle qui est souvent la suite d'une fièvre éruptive, je l'ai presque toujours vue coïncider avec une maladie de la rate. La dégénérescence de ce viscère qui prédispose le moins à cet accident paraît être la suppuration. L'hydropisie produite par les maladies de la rate ne se borne pas à l'abdomen et aux membres : je l'ai vue envahir la poitrine, et dans un cas de ramollissement de la rate il existait un épanchement dans la plèvre droite et non dans la gauche.

Je ferai remarquer en dernier lieu, que l'on voit très-souvent des maladies cutanées coïncider avec une affection de la rate, et l'on rencontre le plus fréquemment celles de ces maladies qui indiquent une diminution de la sensibilité de la peau : telles que le purpura, le ptyriasis, l'ecthyma, etc....

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

FONCTIONS DES NERFS DE LA FACE ; — L'observation suivante, par les détails qu'elle renferme, est des plus intéressantes pour la connaissance des fonctions des nerfs de la face. Nous en retrancherons ce qui est relatif à une affection des reins qui fit succomber la malade.

Paralysie de la sensibilité et de la motilité du côté gauche de la face ; paralysie du muscle droit externe de l'œil du même côté. — Olivier, âgée de 52 ans, lingère, entra le 17 novembre 1834, dans le service de M. Rayer avec tous les symptômes d'une ascite en rapport avec une lésion des reins. En avril 1834, elle avait été prise d'un mal de dents violent qu'elle rapportait à un coup d'air (elle habitait un endroit bas et humide); quelque temps après apparition d'une petite tumeur vers la région temporo-parotidienne gauche, évulsion de 7 dents sans amélioration. A son entrée on observa du *côté gauche*, au-devant de l'oreille, sur les limites des régions temporales et parotidienne, une tumeur du volume d'une amande, circonscrite, arrondie, non dépressible et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur, qui diminue dans l'abaissement de la mâchoire inférieure, est le siège de douleurs qui s'irradient vers l'oreille, la branche de l'os maxillaire inférieur et la langue. La moitié gauche de la lèvre inférieure et du menton est presque complètement insensible aux piqûres les plus fortes, le reste de la face conservant sa sensibilité. Ouïe de ce côté presqu'abolie; la sensibilité de la narine et de l'œil, le goût, l'odorat, la vue sont conservés. Bords alvéolaires des mâchoires supérieure et inférieure dégarnis de dents, commissure des lèvres tirée assez fortement à gauche ; mais sur le même plan que la commissure droite. Aucune altération dans les mouvements de la bouche, ni dans ceux des joues pendant l'action de mâcher, de siffler, etc; non plus que dans le jeu des paupières, des sourcils et de l'aile du nez. *Côté droit*, commissure des lèvres légèrement rapprochée de la ligne médiane; sensibilité et motilité à l'état normal.—Aucun symptôme du côté de l'encéphale.

Une douzaine de jours après l'entrée de la malade, la tumeur de la face, qui s'accroissait journellement, devint le siège de douleurs très-vives et continuelles qui s'irradièrent sur tout le côté

gauche de la face, et qu'on avait combattu avec quelque succès à l'aide des applications opiacées, lorsque le 10 octobre elle offrit les symptômes d'une *paralysie complète du sentiment et du mouvement* dans tout le côté *gauche* de la face. De ce côté, défaut de symétrie de la face dont les traits sont tirés vers le côté sain. Abaissement du sourcil; impossibilité de lui imprimer non plus qu'au front aucun mouvement actif. L'occlusion des paupières se fait presque complètement, mais leur constriction est extrêmement faible. Tous les autres mouvements de l'œil se font bien à l'exception de celui d'abduction; aussi l'œil est-il dirigé en dedans. La narine est affaissée; la malade ne peut se moucher de ce côté. La joue aplatie, flasque, ne réagit plus sur l'air dans l'expiration, ni sur les aliments pendant la mastication. La commissure gauche est déprimée, plus basse et tirée à droite; elle reste fermée dans l'état de repos, mais devient béante dans l'action de siffler, de souffler, et surtout dans celle de rire, de parler, etc.; la langue n'est pas déviée bien qu'elle semble se diriger à droite : cela tient à la déviation de la commissure gauche. Le masséter est paralysé, il est flasque, alongé par l'abaissement de la mâchoire inférieure; il subit seulement un léger raccourcissement, lorsque le maxillaire est ramené à sa position naturelle par les muscles du côté opposé. M. Tanquerel-Desplanches dit n'avoir pu s'assurer de la paralysie du muscle temporal. Bien que la vue soit intacte et que la pupille soit à l'état naturel, la muqueuse de l'œil est insensible à toutes sortes d'excitants. Il en est de même de la narine, l'épingle ammoniaque; la moitié gauche de la langue est également insensible au contact d'une épingle ou du sel. La muqueuse buccale du côté gauche, la peau de la face sont complètement insensibles à l'action des excitants; cependant des douleurs lancinantes s'irradient de la tumeur dont il a été question le long de la mâchoire inférieure; douleurs vives à l'occiput, montant vers le sommet de la tête : ouïe complètement abolie. *Du côté droit*, état parfaitement normal.

Cependant l'hydropisie continua à faire des progrès; les poumons se prirent ainsi que les viscères abdominaux, et la malade succomba le 20 janvier 1835, offrant les mêmes symptômes du côté de la face. Dans les derniers jours de sa vie, la cornée de l'œil *gauche*, dont la conjonctive était déjà injectée depuis long-temps, devint opaque et se ramollit.

L'*autopsie* offrit, indépendamment de la maladie de Bright, des lésions dans presque tous les organes. Les membranes du cerveau non plus que cet organe, n'offrirent rien de remarquable. A la base du cervelet existe surtout à gauche un ramollissement jaunâ-

tre superficiel. La portion dure de la 7me paire, à gauche seulement, se trouve entourée en grande partie à son origine par la substance cérébelleuse ramollie; elle ne participe cependant en aucune manière à ce ramollissement. Rien de remarquable à l'origine des nerfs des 5me et 6me paire et des autres nerfs encéphaliques. Quelques lignes au-dessus de sa division, la 5me paire notablement hypertrophiée a son tissu ramolli et rouge, altération qui cesse bientôt, de telle sorte que les nerfs ophthalmique maxillaires supérieur et inférieur, à leur origine, paraissent à l'état normal. La veine ophthalmique hypertrophiée a le volume d'une plume d'oie; un tissu rougeâtre tomenteux l'entoure et s'unit très fortement avec les nerfs moteur externe et ophthalmique qui sont plus grêles après leur sortie de l'espèce d'enlacement dans lequel ils ont été comprimés. A son entrée dans le trou grand rond, le nerf maxillaire supérieur non lésé est seulement atrophié dans son trajet à travers la fosse zygomatique où il se trouve comprimé par la tumeur indiquée plus bas, sans toutefois avoir contracté aucune adhérence avec elle. Quant au nerf maxillaire inférieur, son origine et son trajet jusque dans la fosse zygomatique ne présentent rien qui mérite d'être noté; mais arrivé dans cet endroit, la branche *dentaire inférieure* se rend à une tumeur cellulo-fibreuse, du volume d'une grosse noix, dont elle sort grosse, rouge, ramollie jusqu'à son entrée dans le conduit dentaire inférieur, où elle reprend insensiblement ses propriétés naturelles. Cette tumeur adhère à la face interne de la branche de l'os maxillaire inférieur, près le condyle, au moyen de filamens celluleux, à l'extrémité externe du muscle grand ptérygoïdien avec lequel elle se confond en partie; elle repousse considérablement en dehors le condyle de la mâchoire inférieure et par conséquent distend et comprime fortement toutes les parties environnantes, la glande parotide et le nerf facial contenu dans son tissu; ce nerf a du reste conservé ses propriétés physiques; la saillie de la région temporo-parotidienne était constituée par le condyle ainsi repoussé à travers les parties molles qui le recouvraient; le tissu de la tumeur est dur, criant sous le scalpel; il offre à la coupe un aspect jaunâtre, et l'examen le plus attentif ne peut y démontrer la continuité du nerf maxillaire inférieur qui paraissait tout d'abord traverser son épaisseur. Le nerf facial, à son entrée et à sa sortie du temporal, n'offre aucune altération; l'état des parties du côté droit est parfaitement normal.

S'il'on passe à l'analyse des phénomènes observés chez cette malade, on voit que l'affection commença assurément par un travail morbide du nerf de la cinquième paire et spécialement du nerf dentaire inférieur. Ce travail phlegmasique chronique envahit plus tard le tronc même de la cinquième paire. La tumeur fibro-celluleuse de la fosse zygomatique se développa probablement peu de temps après l'invasion de la maladie du nerf dentaire inférieur; et ce n'est que plus tard que, par son volume devenu considérable, elle comprima les parties en contact avec le nerf de la 7me paire et par conséquent ce nerf lui-même.

En effet l'apparition successive des symptômes indiqua clairement la marche de l'altération anatomique. La lésion de la 5me paire ne donna lieu d'abord qu'à une exaltation de la sensibilité de la face. Celle du nerf dentaire inférieur produisit dans les premiers temps une modification de la sensibilité bornée aux parties où se rend ce nerf, et lorsque la maladie eut envahi le tronc du trijumeau, toute sensibilité fut abolie. M. Tanquerel se demande si l'on peut attribuer à la perte d'action des filets qui de la 3me branche de la 5me paire vont aux muscles des osselets, la perte incomplète de l'audition, et la perte absolue de l'ouïe à la lésion simultanée de ces filets et des nerfs vidiens et tympaniques; nous ne croyons pas que la question soit résolue. La douleur excessive de la tête et de la face peut être rapportée à la phlegmasie du cervelet. Enfin, la motilité de la face fut conservée jusqu'au moment où la tumeur de la fosse zygomatique vint à comprimer le nerf de la 7me paire. Dès lors, à la paralysie du sentiment vint se joindre celle du mouvement.

Cette observation confirme l'opinion bien arrêtée des médecins sur les fonctions diverses des 5me et 7me paires.

S'il était nécessaire d'invoquer de nouveaux faits nous pourrions citer encore deux observations récentes où la section des nerfs sus-orbitaire et mentonnier, faite par M. A. Bérard, abolit complètement la sensibilité des parties auxquelles se distribuaient les nerfs coupés sans altérer en rien leur motilité, et fit cesser des névralgies de ces nerfs. (*Journ. des Conn. méd. chir.* mai 1836.)

Il est à regretter que M. Tanquerel n'ait pas insisté davantage sur les expériences relatives à l'altération de la sensibilité de la langue; les discussions relatives aux nerfs qui président au goût auraient pu être éclairées.

Quant à la lésion de la 6me paire de nerfs, traduite pendant la vie par la paralysie du muscle droit externe de l'œil, il l'attribue

à l'excessive dilatation de la veine ophthalmique. Cette circonstance nous paraît comme à lui fort extraordinaire, et cela d'autant plus que M. Montault a rassemblé un assez grand nombre de faits qui prouvent que la lésion de la 6me paire complique souvent celle de la 5me. (*Jour. Hebdom.* 1836, no 12.). Quelle peut être la cause de cette simultanéité de lésions? Elle est trop fréquente pour que la dilatation d'une veine puisse servir à l'expliquer dans tous les cas. (*Revue médicale*, 1836, t. 2me p. 28.)

HYPERTROPHIE CONGÉNIALE D'UN MEMBRE : *grosseur anormale du pouce et de l'indicateur de la main droite, avec augmentation de volume de toute l'extrémité supérieure du même côté. Obs. par le docteur Beck.* — Klein (1) rapporte un fait d'une augmentation de volume congéniale de l'index, assez considérable pour que l'on crût l'ablation du doigt nécessaire. Le docteur Beck eut l'occasion d'observer un cas analogue dans lequel l'augmentation de volume était plus considérable encore, sans toutefois donner lieu à une opération chirurgicale, puisqu'il n'existait ici aucune douleur, aucune gêne notable dans les fonctions de la main.

Un homme de petite stature, bien constitué, âgé de 25 ans, exerçant avec activité, depuis plusieurs années, la profession de bûcheron, offrait une difformité congéniale particulière du membre thoracique droit. Le pouce et l'index avaient un volume énorme (2). Dès la naissance, ces deux doigts présentaient, de même que toute l'extrémité supérieure, des dimensions plus considérables; ils augmentèrent de longueur et de circonférence en proportion de l'accroissement de l'individu. Cette affection ne s'accompagnait d'aucune douleur, et ne gênait qu'en partie l'usage de la main, sans empêcher le bûcheron de manier convenablement les instrumens de sa profession. La peau de ces deux doigts avait sa structure normale.

La mobilité, nulle dans l'articulation des deux phalanges du pouce, était incomplète dans celle du pouce avec le premier métacarpien, et seulement un peu diminuée dans les articulations de l'index. Le jeu du poignet et des autres doigts était tout-à-fait intact. L'augmentation de volume des os, dans les doigts hypertrophiés, s'accompagnait d'une densité et d'un épaississement du tissu cellulaire sous-cutané qui empêchait de sentir les tendons. Le tou-

(1) *Journal de chirurgie de Graefe et Walther*, t. VI, N.o 3, p. 379.
(2) Le Journal en donne le dessin.

cher était un peu moins parfait que dans les trois autres doigts qui avaient du reste leur conformation normale. L'avant-bras, le bras, et même l'épaule, offraient une grosseur évidemment supérieure à celle du côté gauche; et cette augmentation de volume paraissait dépendre moins d'une hypertrophie des muscles que d'un épaississement de la couche celluleuse et de la distension de la peau qui offrait cependant beaucoup de fermeté. (*Medicinische Annalen*, von Puchelt, Chelius, u. Nægele, 1836, t. 2, N° 1er).

Pathologie générale et spéciale.

Gangrène du poumon. — Parmi les causes de la gangrène pulmonaire, on a admis l'inflammation aiguë du poumon, opinion qui n'est cependant pas en rapport avec l'observation des faits. On a également regardé la débilité comme l'une des dispositions les plus actives à cette maladie; cela est vrai pour un certain nombre de cas. M. Guislain, médecin de l'hôpital des aliénés de Gand, a observé une dixaine de fois cette affection sous l'influence d'un refus opiniâtre de prendre des alimens. (*Gaz. méd.*, 1836, N.° 3). Mais la gangrène pulmonaire survient aussi chez des individus qui sont loin de se trouver dans cette catégorie. L'expliquera-t-on par l'oblitération des vaisseaux du poumon? Il n'y en a que peu d'exemples; peut-être même un seul de bien constaté. (Carswell, *Elementary forms of disease*, 1.st *fasciculus*). M. Genest, dans le travail que nous analysons, s'attache à démontrer l'existence de deux autres ordres de causes qui jusqu'ici n'ont été que soupçonnées ou vaguement indiquées: 1.° L'hémorrhagie, ou plutôt l'apoplexie pulmonaire, paraît jouer le rôle principal dans la plupart des cas de gangrène pulmonaire. Un épanchement considérable se fait dans le poumon, désorganise mécaniquement la substance de ce viscère, de la même manière qu'un épanchement dans le cerveau, où l'on trouve parfois des masses assez considérables de matière cérébrale désorganisées et entièrement mêlées avec le sang, et auxquelles il ne manque que l'accès de l'air pour y déterminer, comme aux poumons, la putréfaction et l'odeur caractéristique de la gangrène. Or, l'hémoptysie, comme on l'admet depuis Laennec, accompagne souvent l'apoplexie pulmonaire; il sera facile, par conséquent, d'expliquer les hémoptysies qui accompagnent aussi fréquemment la gangrène du poumon, et que quelques pathologistes avaient cru devoir rapporter à l'ulcération des vaisseaux de l'organe respiratoire. M. Genest en effet prouve

par l'observation que cette hémoptysie précède le plus souvent le développement de l'odeur gangréneuse ; et que dès-lors elle est antérieure au développement de la gangrène proprement dite. Trois observations détaillées, rapprochées d'autres faits épars dans les auteurs, ont servi de base à cette doctrine.

Comme preuve de l'influence de l'air sur le développement de l'odeur gangréneuse, citons en particulier la première observation de M. Genest. Un malade avait eu les symptômes d'une gangrène pulmonaire à la suite d'hémoptysies répétées. Les crachats et l'haleine avaient présenté l'odeur caractéristique. A l'autopsie on ne trouva point de gangrène, mais seulement des cavités remplies de sang putride et en contact avec l'air extérieur par le moyen des bronches.

2.° La résorption purulente, ou plutôt la pneumonie lobulaire, est aussi la cause d'un certain nombre de gangrènes du poumon. M. Genest appuie cette proposition sur son observation propre et sur l'étude de faits empruntés à Robert Lee, à M. Berton; etc. Il fait remarquer que M. Tonnellé, sur 222 autopsies de fièvre puerpérale, a trouvé *trois* cas de gangrènes pulmonaires. Mais pourquoi ce mode d'inflammation passe-t-il si souvent à l'état gangréneux, tandis que dans la pneumonie diffuse, cet accident est si rare. La raison en est tout aussi inconnue que la cause de la rareté des abcès du poumon dans cette espèce de pneumonie, tandis qu'ils sont si communs chez les sujets atteints de pneumonie lobaire. M. Genest termine son mémoire par quelques considérations sur le traitement de la gangrène pulmonaire. Le traitement préservatif est celui des maladies qui la déterminent, par conséquent trop souvent impuissant. Quant au traitement curatif, il est bien prouvé aujourd'hui qu'il n'est pas sans influence. Les exemples de guérison se sont en effet multipliés. La seule médication qui, indépendamment des indications spéciales, paraît utile à M. Genest pour tous les cas, c'est le traitement par les préparations chlorurées employées à l'extérieur (chlore inspiré avec la vapeur d'eau, en fumigations), ou à l'intérieur (pilules composées chacune de trois grains de chlorure de chaux et d'un grain d'opium, au nombre de trois ou quatre par jour [prof. Graves, de Dublin]). (*Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire ;* par M. Genest. *Gaz. médic. de Paris*, 1836, N.os 38 et 42).

Abcès du rachis communiquant avec les bronches; par Stanius. — L'auteur de ce mémoire rapporte d'abord deux observations tirées de l'ouvrage de Charles Venzel; la première

a trait à un jeune garçon de 9 ans chez lequel était survenu à l'âge de trois ans une déviation de la colonne vertébrale, et au côté droit de celle-ci une tumeur assez considérable. Cette tumeur s'ouvrit, donna issue à du pus, et guérit. Quelques années plus tard il survint des douleurs d'estomac avec perte de l'appétit, une constipation opiniâtre; la sensibilité disparut presque complètement dans les extrémités inférieures, et le malade ne put plus ni marcher ni se tenir droit sur ses jambes. Tous ces phénomènes disparurent d'eux-mêmes au bout de quelque tems, et il survint tout-à-coup de la fièvre qui s'accompagna d'une toux violente, pendant les efforts de laquelle le malade rendit un jour une grande quantité de pus fétide, ce qui produisait chez lui un soulagement instantané. La fièvre disparut; mais la toux persista en même temps que l'éjection de matière purulente. Quelque temps après le malade se plaignait d'éprouver dans le tube aérien une douleur aiguë qui provoquait la toux, et qui persista jusqu'à ce qu'il eut rejeté avec les crachats des fragments d'os nécrosés; il rejeta de ces parcelles osseuses pendant deux ans, et au bout de ce temps ce phénomène disparut complètement.

La 2me observation est relative à une jeune fille de 19 ans, chez laquelle il était survenu depuis seize ans une déviation de la colonne vertébrale comprenant l'intervalle qui sépare la première ou deuxième vertèbre dorsale de la douzième. Depuis deux ans elle rendait par les bronches des matières purulentes au milieu desquelles se trouvaient des fragments osseux. A un pouce et demi de la colonne vertébrale et du côté droit il s'était formé une ouverture fistuleuse par suite d'un abcès par congestion qui existait en cet endroit; toutes les fois que cette ouverture se fermait, la toux augmentait et quand au contraire elle livrait passage au pus, les accès de toux disparaissaient en grande partie.

Dans ces deux cas, il y avait déviation de la colonne vertébrale, ce qui pouvait jusqu'à un certain point faciliter la communication du foyer purulent avec le tissu du poumon; voici un cas dans lequel cette déviation n'existait pas, et où il n'y avait qu'une lésion superficielle de la colonne vertébrale.

Un tailleur âgé de trente-trois ans fut apporté le 7 octobre 1833 à l'hôpital de la Charité de Berlin. Il y avait deux ans environ que cet homme après un refroidissement subit avait ressenti des douleurs dans le dos et dans les côtés de la poitrine; il avait souvent des frissons et était tourmenté par une toux sèche très-opiniâtre; les douleurs augmentèrent depuis, et les mouvements devinrent

très difficiles. Bientôt il se forma au côté droit de la poitrine deux tumeurs molles peu douloureuses qui furent ouvertes quelques mois avant l'entrée du malade à l'hôpital et donnèrent issue à une quantité considérable de pus. Les ouvertures se retrécirent plus tard mais ne se fermèrent jamais complètement et chaque jour il s'écoulait une certaine quantité de liquide purulent. A son entrée à l'hôpital le malade était très amaigri et couvert d'une sueur visqueuse qui l'affaiblissait beaucoup ; il avait de la fièvre surtout vers le soir. Il était tourmenté par une toux sèche qui produisait des secousses extrêment douloureuses dans la poitrine. Au côté droit de la colonne vertébrale, entre celle-ci et l'omoplate existaient deux ouvertures arrondies, à bords légèrement gonflés ; une sonde introduite dans ces ouvertures pénétrait à plusieurs pouces de distance dans diverses directions, ce qui trahissait l'existence de trajets fistuleux multiples.

A la percussion, la poitrine fournissait partout un son très mat. Le malade s'affaiblit davantage de jour en jour ; sa toux d'abord sèche s'accompagna bientôt de l'éjection de matière purulente ; et chose assez remarquable, chaque fois que ces matières étaient rendues par la bouche, l'écoulement de pus à travers les ouvertures fistuleuses diminuait. Au bout de quelque temps de séjour du malade à l'hôpital, la toux et les crachats se suspendirent ; le malade se plaignit d'une oppression très forte, et mourut au bout de quelques jours.

A l'autopsie, on trouva les poumons très adhérents au dos et ne pouvant en être détachés qu'à grand peine ; la face latérale et postérieure du poumon droit était tapissée par un dépôt de matière blanche, caséuse qui existait également sur le poumon gauche mais en moindre quantité. Sur le côté du lobe supérieur du poumon droit existaient deux ouvertures, et à sa face postérieure six ouvertures ayant chacune la largeur d'un pois ; elles étaient entourées par un dépôt considérable de la matière blanchâtre dont nous avons parlé, laquelle unissait fortement le tissu du poumon aux parois du thorax ; à chacune de ces ouvertures aboutissait un trajet tortueux qui pénétrait dans l'intérieur du poumon et communiquait avec les rameaux bronchiques ; une ouverture analogue existait au côté du poumon gauche.

Le tissu du poumon droit était œdémateux et le lobe inférieur hépatisé. Après que la cavité pectorale fut vidée on trouva sa face postérieure tapissée par une couche blanchâtre, en partie grumeleuse en partie purulente, répandue d'une manière inégale. Le corps et les apophyses transverses des vertèbres répondant à la poitrine, ainsi que les côtes, surtout celles du côté droit, étaient comme rougies et atteintes de carie superficielle. Le périoste était détruit en ce point tandis qu'il était hypertrophié à l'entour. Une communication existait entre les os malades et les ouvertures extérieures. Une foule de trajets fistuleux partant de celles-ci allaient aboutir aux parties cariées à travers les couches musculeuses et fistuleuses du dos. Tous ces conduits étaient revêtus par de fausses membranes et remplies de pus. Plus on approchait de la colonne vertébrale, plus on voyait se multiplier ces conduits fistuleux qui se

terminaient en partie en cul-de-sac entre les couches musculaires.

Dans ce cas remarquable, la maladie causée par un refroidissement parait avoir eu son origine dans les parties fibreuses et le périoste de la colonne vertébrale, et le pus qui se forma se fraya une double voie ; d'un côté il se porta au dehors à travers les muscles du dos où il vint former des abcès par congestion ; d'un autre côté il se porta vers l'intérieur de la poitrine, et causa l'inflammation et l'adhérence des deux surfaces séreuses ; par suite, le tissu du poumon s'enflamma, fut détruit en plusieurs points, et le pus se fit jour à travers les bronches. L'auteur pense que dans un cas de ce genre on peut, sinon confondre la maladie avec une phthisie pulmonaire, du moins croire à la coincidence de celle-ci avec une maladie de la colonne vertébrale. (*Vochenschrift für die Gesammte Heilkunde.* 1836, n° 8.)

SPINA-BIFIDA (*Description anatomo-pathologique d'un*) ; *par le docteur Seeger.* — Ce cas, dont la description est accompagnée de trois planches, est remarquable par l'intégrité de la moelle et de ses nerfs, par la disposition de la queue de cheval et des nerfs qu'elle fournit sur la face antérieure de la paroi postérieure du sac formé par la dure-mère ; par la situation des ganglions des racines postérieures de la portion lombaire dans l'intérieur de la tumeur ; par une couche musculaire mince occupant la partie moyenne de la tumeur, et dont les fibres longitudinales semblaient indiquer un rudiment des muscles sacro-lombaire et grand dorsal ; par une espèce de cercle cartilagineux environnant la tumeur ; par le développement de celle-ci dans l'expiration et son affaissement dans le moment de l'inspiration ; par la paralysie avec pied-bot du membre inférieur gauche coïncidant avec l'intégrité de l'extrémité droite, tandis que d'ordinaire les deux membres pelviens à-la-fois sont atrophiés et frappés de paralysie. L'auteur fait remarquer que le trajet des portions nerveuses sur la paroi postérieure des enveloppes de la tumeur, doit sans doute influer sur la conduite à tenir pour l'opération du *spina-bifida* ; cette disposition contre'indiquant aussi bien la ligature proposée par Forestus, Heister et B. Bell, que le séton de Desault, ou bien encore la ponction recommandée par un grand nombre de chirurgiens, d'autant plus que les cas de guérison obtenus par ces différens moyens sont encore fort rares. Quoique le trajet indiqué des nerfs ne se rencontre pas souvent, on ne possède encore, dans l'état actuel de la science, aucun signe diagnostique d'une semblable disposition, et chacune des opérations précitées aurait, dans un cas de ce genre, un résultat funeste. (*Medicinische Annalen, von doct.* Puchelt, Chelius, u. Nægele. 1836, t. 2, n° 1er).

ANÉVRYSME PARTIEL DU CŒUR (*Nouvel exemple d'*) *à la pointe du ventricule gauche ; par M. Prus.* (Revue médicale, sept. 1836).

Thérapeutique générale et spéciale.

HUILE DE TÉRÉBENTHINE DANS LA FIÈVRE PUERPÉRALE, (*action de l'*) ; *par le doct. Hauk, de Berlin.* — Une femme de 26 ans accoucha pour la deuxième fois le 28 mars, d'un enfant à terme ; ses couches ne présentèrent rien de particulier pendant la première semaine, seulement la sécrétion du lait ne s'établit pas ; mais le 7me jour il se développa subitement, sans cause appréciable, une douleur très-vive dans le côté gauche au-dessus du pubis, une fièvre qui débuta par un frisson violent, et en même temps les lochies se supprimèrent ; on saigna la malade deux fois, 12 sangsues furent appliquées, et un grain de calomel administré à quatre reprises. La surface du sang était couverte par une couenne inflammatoire très épaisse. Ce traitement fit tomber la fièvre, mais la douleur persista. Lorsque le docteur Rauch fut appelé auprès de la malade, le 12 avril, il trouva sa physionomie altérée par la souffrance, ses yeux étaient voilés, son pouls, dur, avait 120 battements par minute, l'abdomen tendu et douloureux ne pouvait supporter la moindre pression ; les lochies étaient supprimées, la peau était brûlante, il existait en un mot tous les symptômes d'une péritonite intense. La malade fut saignée de nouveau, des fomentations émollientes appliquées sur le ventre, et on administra quelques doses d'huile de ricin ; c'était le huitième jour de la maladie.

10me jour. La malade avait peu dormi, elle avait eu deux selles copieuses ; l'abdomen était moins sensible, cependant il existait encore une vive douleur dans le côté gauche, et les lochies, qui avaient reparu avaient une odeur infecte. La malade fut saignée de nouveau et l'on continua les mêmes prescriptions.

11me jour : La nuit avait été fort agitée ; le ventre était ballonné, le pouls petit et faible, les extrémités froides, et un sentiment de froid parcourait tout le corps, le pronostic ne pouvait être qu'extrêmement défavorable ; afin de ranimer un peu les forces vitales, on donna à plusieurs reprises du bouillon et du vin.

Se rappelant, dans ces circonstances désespérées, l'éloge que les médecins anglais ont fait de l'huile de térébenthine pour des cas analogues, le D.r Rauch résolut de l'employer. A partir de midi la malade prit toutes les heures ʒ ß d'huile de térébenthine dans une émulsion ; le soir à 7 heures elle avait eu trois vomissements

de matières bilieuses et trois selles verdâtres et fétides : le météorisme était moindre, le pouls s'était relevé, la chaleur était revenue dans tout le corps, en un mot la malade était et se trouvait beaucoup mieux ; on fit des injections légèrement excitantes pour rappeler les lochies.

12me jour : La malade avait dormi, le pouls s'était relevé, le météorisme avait presque entièrement disparu, l'abdomen n'était plus douloureux.

Les jours suivants, l'huile de thérébentine fut encore administrée à plusieurs reprises, et le 22 avril la malade entra en convalescence.

Après avoir rapporté cette observation, l'auteur se pose les deux questions suivantes. 1° Comment peut-on expliquer cette action si favorable de l'huile de thérébentine ? 2° Si ce médicament mérite de la confiance, à quelle période faut-il le prescrire ?

La réponse à la première question, il la déduit des effets qui suivirent l'administration de la première dose du médicament, lequel selon lui, excite et réveille l'action vitale de l'estomac et de l'intestin, influence qui se propage à tous les viscères de l'abdomen. Le mouvement péristaltique et antipéristaltitique se trouve accéléré, et la sécrétion de la muqueuse et du foie est vivement stimulée par suite de cette excitation générale ; on voit s'opérer la résorption des matières qui se sont séparées du sang pendant la période inflammatoire.

Passant à la 2me question, l'auteur pense que le médicament ne doit être employé que dans les cas de fièvre puerpérale où les symptômes de la péritonite prédominent. Il faut que la résolution n'ait pas pu être obtenue, et la période d'exsudation se soit annoncée par la prostration, la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, le météorisme, le trouble dans l'excrétion de l'urine et l'écoulement des lochies, enfin, par l'indifférence de la malade pour ce qui l'entoure et même pour l'enfant qu'elle vient de mettre au monde, symptôme bien fâcheux : dans ce cas le traitement antiphlogistique doit être suspendu ; il faut alors donner des médicaments qui rappellent l'action vitale des organes de l'abdomen et agissent sur les nerfs spéciaux qui tiennent ces organes sous leur dépendance. L'huile de térébenthine remplit parfaitement cette indication, et on ne doit pas craindre de la donner à doses élevées ; les médecins anglais en prescrivent jusqu'à une once à la fois. (*Vochenschrift für die Gesammte Heilkunde*, n° 36, 1826.)

[illegible]. — Le D.r Muller rapporte un cas remarquable par le succès qui suivit l'emploi de l'iode dans un cas de fleurs blanches chroniques. Une fille était depuis longtemps sujette à un écoulement blanc qui l'affaiblissait beaucoup, il l'avait réduite à un état de marasme presque complet; un grand nombre de remèdes employés tour à tour ayant échoué, le D.r Muller fit faire deux fois par jour des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse à la partie interne des cuisses; ce moyen eut un plein succès; en un mois l'écoulement disparut complétement et un régime substantiel rendit à la malade sa force et sa fraîcheur. (*Vochenchrift*, etc., n° 40, 1836.)

CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE (*Injections dans le trait. du*); *par M. Devergie aîné.* — Plusieurs observations sur l'emploi du baume de Copahu en injections, à la dose de deux gros à deux onces dans quatre ou cinq onces d'eau d'orge; ne les laisser séjourner dans la vessie que de dix à vingt minutes progressivement; combattre l'état inflammatoire et les rétrécissemens avant d'en venir aux injections balsamiques; les faire précéder ou les accompagner dans certains cas d'injections émollientes et narcotiques. (*Gaz. méd.*, 1836, N.° 40).

CANCER (*Nature et traitement du*); *par le docteur Godelle*). — Recueil utile de vingt-neuf formules de préparations arsénicales employées à diverses époques. Utilité de l'usage externe de ces préparations. (*Revue médicale*, 1836, mai et juin).

Pathologie et Thérapeutique chirurgicale.

ANÉVRYSME; (*Causes et mécanisme de la gangrène qui suit l'opération de l'.*) — On attribue généralement la mortification que détermine parfois la ligature de l'artère fémorale à la réaction violente qui succède à l'affaiblissement de la circulation. M. Syme, sans nier cette cause dont il a pu lui-même constater la réalité, pense que le plus souvent cet effet se produit par un autre mécanisme. Il en trouve la preuve dans le fait suivant:

« L'été dernier, feu M. Turner lia l'artère fémorale pour un cas d'anévrysme poplité; la tumeur était petite et récente, le membre paraissait sain. Le soir le pied était très froid, le sujet fort mal à son aise; le pouls vif, il y avait beaucoup de chaleur à la peau; le jour suivant le pouls est à 120; pas de sommeil; pied tout-à-fait froid, distension des veines superficielles. Plus tard les orteils se rident, le gras de la jambe devient très douloureux; à ce niveau, rougeur inflammatoire des tégumens; à la partie inférieure du membre, apparition de phlyctènes noires. Six

jours après l'opération, amputation au-dessus du genou, pendant laquelle on voit que les veines sont complètement fermées par un caillot; mort, une semaine ou deux après l'amputation. On trouve à l'autopsie les tuniques de la veine fémorale épaissies; elle était remplie d'un mélange de pus et de coagulum, depuis le point correspondant à la ligature de l'artère (dont le fil était tombé) jusqu'à l'aine. Au-dessus et au-dessous, la veine semblait saine, et inférieurement, en particulier, au niveau du moignon ses membranes avaient une apparence parfaitement normale.

Il est évident que dans ce cas la veine fémorale a été enflammée, non par le fait de l'amputation, mais à la suite de la ligature de l'artère et des manœuvres nécessitées par cette opération; la coagulation du sang ayant dû par conséquent avoir lieu presqu'aussitôt, on trouve dans ce phénomène une explication complète de la gangrène survenue.

M. Syme cite ensuite une observation extraite de l'ouvrage de M. Travers sur l'irritation constitutionnelle; il soupçonne l'oblitération des veines d'avoir été aussi la cause de la gangrène qui dans ce cas nécessita l'amputation de la cuisse. Le malade guérit. Ici non plus que dans le fait cité plus haut, on n'observa pas après l'opération de réaction assez violente pour rendre raison de la gangrène du pied, qui était devenu froid immédiatement après la ligature et ne s'était jamais réchauffé. D'une autre part, on ne peut supposer que la simple obstruction de l'artère, ordinairement sans inconvénient, ait été la cause des accidents; il faut donc admettre, ce qui pourrait encore être confirmé par d'autres exemples, que lorsque la ligature de la fémorale est suivie d'effets fâcheux pour la circulation du membre, c'est que la veine participe à l'oblitération de l'artère. La conséquence pratique de ce fait, c'est qu'en faisant l'opération, on doit non-seulement prendre garde de mettre trop à nu les membranes artérielles, ce qui pourrait causer une hémorrhagie, mais encore craindre de froisser un peu rudement la veine, de peur d'enflammer ses membranes ou de coaguler le sang qui y circule.

M. Godin avait déjà été amené à soupçonner l'oblitération simultanée des vaisseaux sanguins, d'être la cause de quelques-unes de ces gangrènes qui suivent la ligature de gros troncs artériels. L'empâtement des membres, la distension des veines qui dans cette circonstance précèdent le développement de la mortification: telles étaient les circonstances qui avaient fait établir cet *à priori* confirmé à présent par l'observation de M. Syme. C'est seulement dans des cas de ce genre qu'il serait légitime d'établir une com-

paraison entre la mortification qui suit l'opération, et la gangrène sénile avec obstruction des veines et des artères.) *Syme Report of surgical cases, Edinburgh med. and. surgic. Journ.* Octobre 1836.

TUMEUR DE L'AINE SIMULANT UN ANÉVRYSME : *Extirpation, mort.* — Alex. Lyve, âgé de 54 ans, fut admis à l'hôpital le 14 novembre, pour y être traité d'un prétendu anévrysme de l'artère iliaque externe du côté droit.

« L'extrémité inférieure droite, depuis l'aine jusqu'aux orteils est le siège d'une tuméfaction œdémateuse. Dans la région iliaque du même côté, on peut sentir une tumeur ovale circonscrite, étendue du ligament de Poupart à l'épine iliaque antérieure. Cette tumeur est tendue, insensible à la pression, et donne des pulsations obscures dans toute sa surface. Le stéthoscope y fait percevoir bien distinctement des pulsations et le bruit du soufflet. Aucun autre accident, à part un peu de difficulté dans l'émission des urines. Le malade raconta que dans le mois de mars précédent, son pied gauche manqua une des marches d'un escalier qu'il descendait chargé d'un sac pesant; tout le poids de son corps et celui du fardeau, se trouvèrent subitement portés sur le membre gauche; au même instant sensation d'une vive piqûre dans le flanc gauche; au bout d'une quinzaine de jours, la cuisse se tuméfia et une ou deux semaines après, il sentit la tumeur de l'aine. Quoique parfaitement en garde contre l'erreur de diagnostic, le chirurgien crut d'après l'histoire de la maladie avoir affaire à un anévrysme, et devoir le traiter par la ligature de l'artère iliaque commune. Le 20, il fit donc une incision sémilunaire dirigée de manière à arriver à l'artère; après avoir divisé les muscles, il sentit que la tumeur était solide et se résolut dès-lors à l'enlever. Cette opération fut exécutée sans lésion du péritoine. La tumeur était du volume d'un œuf, de couleur mêlée grise et blanche; et d'une consistance analogue à celle d'une masse cérébriforme. Le sujet sembla aller bien pendant trois ou quatre jours. L'œdème avait en grande partie disparu. Un flux copieux d'urine avait eu lieu; mais les forces s'affaissèrent ensuite peu à peu, et sans nouvel accident la mort eut lieu le 27. A l'autopsie, on trouva une chaîne de tumeurs semblables à celle qui avait été extirpée, étendue tout autour des gros vaisseaux des *deux côtés* du bassin, jusqu'à la bifurcation de l'aorte. Ces productions adhéraient intimément en plusieurs points aux parois des vaisseaux, et en deux ou trois autres faisaient saillie à l'intérieur de la veine. (Syme, *Report of Surgical cases, Edimburgh med. and surg. Journ.*, octobre 1836).

LUXATIONS DE LA ROTULE (des); par M. Malgaigne. — On peut trouver, dans la rareté même des luxations de la rotule, la raison du peu d'accord qui règne sur ce sujet dans ce qu'en ont écrit les classiques. M. Malgaigne a fait un travail utile en rassemblant les observations éparses dans la science, pour en former un corps de doctrine appuyé sur des faits précis. Son mémoire renferme d'ailleurs plusieurs faits inédits. Les considérations anatomiques dont il le fait précéder sont peu susceptibles d'analyse. Nous indiquerons plus loin les résultats les plus importants pour la pathologie. Voici les espèces de luxations proprement dites qui ont été observées. 1° Luxations complètes en dehors. 2° Luxations complètes en dedans. 3° Luxations incomplètes en dehors. 4° Luxations verticales.

La luxation complète en dehors, décrite pour la première fois par Valentin, qui en vit trois cas et qui lui assigna pour caractère : la rotule passée à la face externe du condyle sur laquelle elle reste appliquée comme de champ, n'est pas plus rare que les autres, contrairement à l'opinion de Boyer ; ses symptômes du reste sont les mêmes que ceux qui lui ont été assignés par le célèbre chirurgien que nous venons de citer, à part la flexion légère de la jambe qui est à peu près constante, tandis que Boyer pensait qu'elle devait s'accompagner d'une extension complète. Ses causes sont ou des contractions musculaires ou des chocs extérieurs. M. Malgaigne entre dans de longs détails pour prouver que dans ces cas c'est à la contraction partielle du vaste externe qu'il faut attribuer l'espèce de déplacement. Nous ne sommes pas encore convaincus par les arguments qu'il emploie pour réfuter l'opinion déjà ancienne qui attribue la plus grande fréquence des luxations en dehors, à la direction du tendon du crural antérieur qui, formant un angle obtus ouvert en dehors avec celle du ligament rotulien, ne peut se contracter sans porter plus ou moins la rotule dans ce sens. La réduction de cette luxation est facile ; M. Malgaigne rapporte une huitaine d'observations où la méthode de Valentin (extension de la jambe, flexion de la cuisse sur le bassin) furent mis en usage. Mais les récidives sont fréquentes ; elles peuvent ne pas avoir lieu chez les sujets dont les condyles fémoraux sont plus saillants, dont les ligamens rotuliens sont plus courts ; mais pour peu que ces conditions manquent, on aura à craindre de voir la maladie se reproduire si on ne prévient le relâchement des ligamens par le repos long-temps prolongé.

M. Malgaigne n'a trouvé d'autres exemples de luxation complète

en dedans, que la description fort succincte d'une pièce anatomique du muséum de Walther. Ici la jambe était encore plus fléchie que dans la luxation en dehors.

Passant à l'histoire des luxations incomplètes en dehors, l'auteur étudie d'abord le siége de la rotule dans ces luxations. Suivant Boyer, le bord interne de la rotule s'enfonce dans le sillon qui sépare les condyles; la facette interne est appliquée contre la partie la plus interne du condyle externe. L'éminence qui sépare en deux la face postérieure de la rotule doit dépasser le bord externe de la poulie articulaire; quant à la facette externe, elle est plus ou moins soulevée et regarde en dehors. De là, des signes qu'il est facile de déduire. M. Malgaigne oppose plusieurs raisons à cette manière de voir. 1° D'après ses recherches, la rotule, à sa face postérieure, au lieu d'offrir seulement deux facettes en offre trois, ou plutôt la facette interne des auteurs est elle-même partagée en deux facettes plus petites, l'une interne proprement dite, l'autre moyenne. Eh bien! tant que la facette moyenne n'a pas dépassé le bord externe de la poulie articulaire, la rotule revient facilement à sa place, comme il s'en est assuré par de nombreuses expériences. Si l'on pousse la rotule en dehors de manière à ce que cette facette moyenne ne soit plus en rapport avec le condyle, la facette interne elle-même sera un peu écartée de ce condyle, et ce ne sera pas le bord interne de la rotule qui se trouvera placé entre les condyles et qui la fixera dans sa position nouvelle, c'est son angle supérieur et interne qui, fiché dans un creux revêtu de tissu adipeux et offrant une structure spongieuse, qui est situé au-dessus de la portion du fémur revêtue de cartilage, et que M. Malgaigne nomme *creux sus-condylien*, formera le principal obstacle à la réduction du déplacement; toutefois ce déplacement aura dû s'accompagner de la déchirure de la capsule.

Ce résultat, auquel sont parvenus M. Malgaigne et Herbert-Mayo est très important; car il conduit à une méthode de traitement qui a réussi alors que la méthode de Valentin avait complètement échoué. Ce n'est point en effet la contraction musculaire qui s'oppose à la réduction, si difficile dans quelques cas; c'est l'enfoncement de la rotule dans le creux sus-condylien. Il suffira donc d'entraîner la rotule en bas en fléchissant brusquement et fortement la jambe, pour la dégager et la remettre à sa position normale.

Il n'existe pas d'exemples bien constatés de luxations incomplètes en dedans.

Enfin, M. Malgaigne étudie les *luxations verticales ou de champ*

qui ont été niées par Boyer, et dont cependant il n'existe pas plus d'exemples que de luxations incomplètes.

Ces luxations verticales ne sont au reste qu'un degré plus avancé des luxations incomplètes ou obliques. Seulement l'action musculaire plus énergique a plus profondément enfoncé la rotule dans le creux sus-condylien. Elles diffèrent encore des luxations incomplètes, en ce qu'elles se font aussi bien du côté interne que du côté externe; il y a même un plus grand nombre d'exemples de déplacemens en dedans qu'en dehors. Dans la *luxation verticale interne*, la rotule a été poussée en dedans, sa face postérieure regarde de ce côté. Dans la *luxation verticale externe*, on trouve les circonstances opposées. Le sens dans lequel a lieu la torsion du tendon extenseur et du ligament rotulien empêchera toujours qu'on ne les confonde ensemble.

La réduction par l'ancienne méthode a été facile dans quelques cas où la cause avait été peu violente. Dans les cas opposés elle a été difficile à obtenir. La flexion de la jambe paraît ici devoir offrir des résultats aussi favorables que pour la luxation incomplète. Ce ne serait donc qu'en désespoir de cause qu'il faudrait, comme l'a fait deux fois, avec succès, un chirurgien militaire (M. Cuynac), ouvrir la capsule et introduire une élévatoire pour ramener la rotule en place. On connaît en effet les accidens graves qui ont suivi une pareille tentative pour réduire une luxation complète. Encore moins devra-t-on recourir à la section des muscles et du ligament rotulien qui, entre les mains de Wolf, non seulement a été impuissante pour la réduction, mais aussi a causé la mort du sujet. Cette inutilité de la section des muscles montre parfaitement d'ailleurs que la difficulté n'est pas dans leur contraction, mais bien dans l'enclavement de la rotule, sur lequel nous avons insisté. (*Gazette méd. de Paris*, 1836; n°s 28, 30, 36 et 43.)

PLAIE DU TENDON D'ACHILLE : *Cicatrisation avec écartement des deux bouts du tendon. Ablation de la substance intermédiaire. Guérison.* — Isabelle M. Kay, agée de vingt-un ans, eut en fauchant toute l'épaisseur du tendon d'achille du côté gauche divisée par l'instrument de son voisin, à plus d'un pouce du talon; la plaie, traitée par un médecin du pays comme une lésion superficielle, se cicatrisa dans l'espace de cinq semaines; mais le membre pouvait à peine servir dans la marche, et la malade n'éprouvant aucune amélioration dans son état, cinq mois après l'accident, vint trouver M. Syme, prête à tout souffrir pour guérir de sa claudication. Une dépression très marquée et une petite cicatrice transversale indiquaient le siège de la lésion; lorsque le pied était

fléchi à angle droit sur la jambe, on sentait distinctement les extrêmités divisées du tendon à un pouce et demi l'une de l'autre. La malade ne pouvait soulever le talon de terre et semblait en marchant plutôt traîner son membre que s'appuyer sur lui.

Une incision longue d'environ trois pouces fut pratiquée le long du tendon et passa sur la dépression; deux autres petites incisions transverses circonscrivirent la cicatrice. Les lambeaux ainsi formés furent renversés de manière à montrer parfaitement la situation des bouts rétractés. La substance fibreuse qui les unissait fut enlevée avec soin; et le pied étant fortement étendu, deux aiguilles furent passées dans la substance des deux extrémités du tendon de manière à les mettre parfaitement en contact. On appliqua l'appareil de Petit pour la rupture du tendon d'achille; la plaie se réunit presqu'entièrement par première intention et aucun espèce d'accident n'étant survenu, la malade sortit au bout de six semaines, se servant pour marcher d'un soulier à haut talon qu'elle put bientôt quitter pour reprendre le libre usage de sa jambe. (Syme, *Report of surgical cases, Edinburgh med. and. surg. Journ.* Octobre 1836.

CICATRICES VICIEUSES SUITE DE BRULURE. (*Section des.*) — Nous opposerons au fait précédent deux cas dans lesquels la cicatrice d'une brûlure tendait à racourcir les membres en les maintenant dans une flexion forcée. Dans ces cas, beaucoup plus communs que les précédens, il faut prévenir cette rétraction à l'aide de pansemens qui leur opposent une résistance suffisante. Mais dans certains cas le mal est produit, il faut y remédier; dans d'autres et c'est dans cette classe que se trouve le premier de ceux que nous allons extraire, la lésion primitive est si grande, qu'il faut laisser guérir le mal, sauf à rémédier ensuite aux difformités qu'il amène. — La section de la cicatrice n'est pas un moyen nouveau, mais elle a rencontré d'assez chauds adversaires; on lui a opposé des faits assez nombreux, pour que les deux observations suivantes méritent d'être consultées.

Ire Trespa, âgé de vingt-trois ans, tomba dans une chaudière de sirop en ébullition. Il fut retiré à l'instant; toute la partie inférieure du corps offrait une immense brûlure à divers degrés. On dût se borner à combattre les accidents. Le malade guérit, mais une vaste cicatrice fixait la jambe dans la flexion sur la cuisse; une corde tendue comme celle d'un arc s'opposait à tout mouvement d'extension. Il était impossible d'emprunter de la peau saine pour remplacer celle qui formait la cicatrice; aussi M. Moulinié n'attendant rien de la simple section en travers de la corde, se refusait à toute tentative. Vaincu enfin par les instances du ma-

lade qui, à tout ce qu'on lui objectait, répétait : *coupez moi la corde que j'ai au jarret*, il fit cette section, mais non encore dans toute l'étendue possible, à cause du doute où il était de la réussite. Le malade employa tous ses soins à vaincre la flexion forcée où son membre était placé depuis un an. Quelques moyens extensifs favorisèrent l'alongement graduel; bientôt le pied a pu appuyer sur le sol, et la marche est devenue possible. (*Bulletin médical de Bordeaux*, n° 24, décembre 1836.)

II° Un enfant de six ans portait dans l'aine gauche la cicatrice d'une brûlure arrivée à l'âge d'un an. Une bride de la largeur de la main, occupait le tiers supérieur de la cuisse et trois pouces de l'abdomen. La cuisse jouissait à peine d'un léger degré d'extension; entr'elle et le paroi abdominale est un large repli, formé de deux feuillets séparés par du tissu cellulaire. Le feuillet interne offre la peau saine; l'externe dur, résistant, épais, n'est qu'un tissu inodulaire ou de cicatrice. La demi-circonférence de la cuisse jusqu'au genou, est toute recouverte de cicatrices de brûlure. M. Nichet (chirurgien de la Charité à Lyon) traversa d'un côté à l'autre, avec le bistouri, la partie la plus profonde de la bride; l'incision plus prolongée jusqu'à son bord libre; la cuisse étant fortement étendue; la rétraction des lèvres de la plaie mit à découvert une surface lozangique dont les deux angles les plus éloignés correspondaient l'un au ventre, l'autre à la cuisse. La lèvre externe de cette vaste plaie était toute formée de tissu inodulaire dont la partie la plus épaisse fut incisée; la lèvre interne uniquement composée de peau saine, fut disséquée sur l'abdomen et sur la partie supérieure de la cuisse dans l'étendue de trois pouces, et renversée en dehors recouvrit la surface de la plaie; les deux lèvres mises en contact par ce déplacement furent réunies par six points de suture et des bandelettes agglutinatives; de la charpie, des compresses et une bande, achevèrent le pansement. Le membre fut fixé, dans l'extension, sur une forte attelle garnie d'un coussin et placée à sa partie postérieure.

Les jours qui suivirent l'opération, le malade ne cessa de déranger l'appareil et de pousser des cris. Le quatrième jour, M. Nichet trouva la partie correspondante à l'abdomen largement désunie, les points de suture avaient coupé la peau. A la cuisse la réunion s'était opérée. Il rapprocha les lèvres écartées et pansa comme le premier jour. Les jours suivants la plaie suppura vers la partie abdominale, et continua du reste à marcher vers la guérison, le membre étant maintenu dans l'extension forcée. Un mois et demi après l'opération, la plaie était fortement retrécie lorsqu'une variole intense vint s'opposer au travail de la cicatrisation qui ne fut complète qu'au bout de cinq mois. A cette époque le malade marche parfaitement; les mouvements d'extension et de flexion de la cuisse sont faciles, et on voit au devant du tiers supérieur de la cuisse une cicatrice linéaire qui se prolonge sur l'abdomen à trois pouces au dessus du pli de l'aine.

M. Nichet fait remarquer que s'il se fût borné à inciser la bride et à livrer la plaie à la suppuration en maintenant sa cuisse dans

l'extension, il avait à craindre 1° une inflammation violente suite de la suppuration d'une surface étendue. 2° Le retour de la flexion de la cuisse observée plusieurs fois malgré les appareils à extension, et dû au tiraillement de la cicatrice. La transplantation de la peau, bien qu'elle n'ait pas complètement réussi, n'en a pas moins prévenu ces accidents. Il ne faut pas cependant, quand cette transplantation n'est point possible, croire que l'art n'a plus de ressources, l'observation précédente est une preuve que quelquefois la section simple de la bride suffit pour la guérison dans les cas les plus graves. (*Gazette méd. de Paris*, 1836 p. 456.)

RÉTRACTION DU LONG FLÉCHISSEUR DU GROS ORTEIL : *Section du tendon de ce muscle. Guérison.* — Un jeune homme employé dans une maison de commerce à Liverpool, devint complètement boiteux à la suite d'une inflammation du pied et de l'articulation tibio-tarsienne. Quand le coude-pied était étendu, le gros orteil pouvait être amené sur la même ligne que les orteils voisins, mais toutes les fois que le pied était à angle droit sur la jambe, ou que le malade faisait le plus léger effort pour élever le talon, le gros orteil se courbait, et si le sujet essayait de marcher, il tombait. Après avoir essayé inutilement une foule de remèdes, il fut obligé de revenir chez ses parens. Après avoir eu recours sans succès à divers moyens, je proposai de diviser le tendon et de laisser cicatriser la plaie, le gros orteil étant dans l'extension, ce qui fut accepté avec empressement.

Je fis donc le long de la partie moyenne de la première phalange du doigt malade, une incision longitudinale, puis faisant tendre le tendon, je le coupai transversalement. Une petite attelle fut placée à la face dorsale de l'orteil; un coussin fut interposé entre elle et la racine de l'orteil qui fut assujetti de manière à placer son tendon dans l'extension la plus complète. La plaie fut complètement cicatrisée dans deux jours, et le malade put marcher sans le moindre inconvénient. (La direction longitudinale de la plaie avait pour but de s'opposer à la suppuration et à l'écartement des bords de la solution de continuité pendant la marche).

Cette observation peut être rapprochée des deux précédentes et opposée à la division du tendon d'achille; elle montre combien les tendons sont peu susceptibles de s'enflammer sous l'influence des irritations mécaniques. (Syme. *Report of surgical cases*. Octobre 1836.)

STÉATOME VOLUMINEUX *développé à la partie postérieure de la tête d'un enfant ; extirpation ; guérison ; par le prof. Seerig.* —

C. K, âgé de deux ans et demi, fils de paysans bien portants, vint, en naissant, avec une petite tumeur de la grosseur d'un pois occupant la région de l'occiput. Divers moyens employés pour faire disparaître cette tumeur, qui tendait sans cesse à s'accroître, avaient échoué, et on avait abandonné l'enfant à son sort. Lorsque le professeur Seerig le vit au mois d'octobre 1829, il trouva une tumeur égale au volume même de la tête de l'enfant, occupant toute la région occipitale jusqu'au col inférieurement et latéralement jusqu'aux oreilles; elle entraînait la tête en arrière, et reposait dans ce sens entre les deux omoplates; elle était entièrement couverte de cheveux. Elle fut regardée comme une masse stéatomateuse, parce qu'à la pression elle offrait la consistance d'un sac rempli de laine. On y sentait en quelques points de la fluctuation, et à sa base il existait des pulsations assez fortes. De chaque côté vers les oreilles elle était couverte par des veines variqueuses. A gauche elle était mobile, mais à droite elle était fortement adhérente aux os. Du reste, l'enfant était bien portant et avait de l'appétit, et son intelligence était parfaitement saine; seulement il était obligé d'incliner fortement la tête en arrière, et il ne pouvait dormir que les yeux ouverts, parce que la tension de la peau l'empêchait de fermer les paupières. Cette tumeur faisant continuellement des progrès, Seerig résolut de l'opérer. Il la circonscrivit par deux incisions semi-elliptiques, et il put la détacher sans difficulté, excepté du côté droit où elle adhérait fortement au péricrâne. Il ne s'écoula que très-peu de sang. La réunion par premiere intention ne put être obtenue, parce que les tégumens s'étaient fortement rétractés. La tumeur pesait cinq livres; elle avait 6 pouces de haut, 7 de large et 17 de circonférence. Elle était formée par une masse blanchâtre, lardacée, entourée par une gaîne celluleuse qui envoyait des prolongements à son intérieur. L'enfant fut mis à l'abri des phénomènes inflammatoires; cependant il survint une méningite contre laquelle on employa des antiphlogistiques puissans, et en un mois la guérison fut complète. (*Rust's Magasin*, 47.ᵉ vol., 3.ᵉ cah.)

Extirpation des ovaires (*Recherches historiques sur l'*); *par Hévin.* — Mémoire inédit d'Hévin, où ce membre de l'Académie royale de chirurgie arrive à rejeter complètement cette opération, d'après les opinions des auteurs les plus estimés et un petit nombre de faits peu avérés, du reste, venus à sa connaissance. (*Revue médicale*, 1836, mai et juin).

Obstétrique.

GROSSESSE TUBAIRE (*Mort à la suite d'une*); *par le prof. Seerig.* — C. W., âgée de 30 ans, d'une stature moyenne, d'une constitution délicate, d'un tempérament bilieux, jouissait d'une bonne santé, quoique depuis quelque temps ses règles apparussent avec beaucoup d'irrégularité. Au mois d'octobre 1829, elle fut prise à la suite d'un repas copieux d'une douleur très-vive dans la région épigastrique. Un médecin appelé auprès d'elle trouva le pouls petit et fréquent, la région épigastrique très-sensible à la pression; la malade était en outre tourmentée par des nausées et des vomissemens. Malgré les moyens employés, ses douleurs persistèrent toute la journée : elle s'affaiblit davantage d'heure en heure, sa figure devint pâle et abattue, son pouls très-petit, à peine sensible; ses extrémités se refroidirent, son abdomen se distendit et offrit de la fluctuation, et elle succomba le soir vers sept heures. A l'autopsie, on trouva l'abdomen distendu par une énorme quantité de sang semi-liquide, semi-coagulé, qui remplissait presque toute sa cavité. Au milieu du sang coagulé on rencontra une petite tumeur ressemblant beaucoup à un ovulum, ce qui fit présumer l'existence d'une grossesse tubaire. En effet, après avoir lavé les organes du bassin, on vit que la trompe gauche offrait une cavité qui avait dû loger cet ovulum, et comme on ne trouva aucune autre source qui aurait pu fournir le sang épanché, il était évident qu'il n'avait pu provenir que de la rupture de cette poche, rupture qui avait sans doute été occasionnée par les efforts violens de vomissemens. L'utérus avait sa forme et son volume normal. (*Rust's Magasine*, 47e vol., 3e cah.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 27 décembre. — CHOLÉRA DE NAPLES. — La complication vermineuse a fixé, comme on sait, l'attention des médecins de Naples. M. Robert, de Marseille, fait part à ce propos d'une lettre de M. Chevalley de Rivaz médecin attaché à l'ambassade française. M. Chevalley de Rivaz, signale de nouveau la présence des vers dans l'intestin des cholériques; mais la plupart appartiennent, non au genre des trichocéphales, mais bien à celui des lombrics. Un fait encore assez remarquable, c'est que beau-

coup de personnes que le choléra n'a point atteintes ont présenté l'affection vermineuse. 8,672 individus ont été frappés par l'épidémie du 2 octobre au 4 décembre ; 4,687 sont morts. Sur ce nombre on trouve 294 militaires, dont 121 ont succombé.

Affections syphilitiques. *Note de M. Ricord, sur les différences à admettre entre le chancre et la blennorrhagie.* — La note de M. Ricord a trait à une question sur laquelle les praticiens sont loin de s'accorder. L'écoulement blennorrhagique et le chancre sont-ils de nature identique ? dérivent-ils de la même source ? Pour répondre, M. Ricord a eu recours à l'expérience et à l'observation directe. L'inoculation du pus du chancre a constamment reproduit un chancre : l'inoculation du pus de la blennorrhagie, pris sur la surface de la muqueuse non ulcérée, n'a jamais produit de chancre. Cependant il est incontestable que dans les communications sexuelles, la blennorrhagie a souvent eu cette conséquence ; mais alors, dit M. Ricord, des chancres existaient certainement dans le canal de l'urètre, si c'est chez un homme que la blennorrhagie existait, et chez la femme, les ulcérations du vagin n'échapperont jamais, dans ces cas, à l'examen attentif avec le spéculum. Depuis les travaux de Hunter, les ulcérations de la muqueuse urétrale ont de plus en plus été mises en doute dans la blennorrhagie, et beaucoup de médecins ne les admettent pas. M. Ricord les a souvent constatées, et présente à l'Académie une pièce anatomique qui en révèle la réalité. Cette pièce a été prise sur le cadavre d'un jeune homme de 17 ans, mort avec un écoulement très-intense, et une incontinence d'urine qui s'est déclarée dans les derniers temps de la vie. La partie spongieuse de l'urètre est manifestement érodée, et depuis le bulbe jusqu'au col de la vessie et dans l'intérieur même de cet organe, on voit un vaste chancre phagédénique qui a creusé même l'épaisseur de la prostate.

Inoculation de la morphine avec la lancette.—M. Lafargue, de St.-Emilion, a inoculé la morphine et ses sels avec la lancette, comme le virus vaccin. M. Lafargue croit non-seulement que ce moyen peut remplacer avantageusement tous les procédés habituels de la méthode endermique, mais de plus les phénomènes locaux qu'il a constatés lui paraissent si constants et si spéciaux, qu'il pense qu'ils peuvent suppléer aux recherches chimiques les plus sûres pour éclairer le médecin légiste. Une minute et demie après la piqûre, M. Lafargue a vu poindre une papule et une aréole rosée d'abord, peu étendue et mal circonscrite ; au bout d'un quart-

d'heure, la papule et l'aréole s'étaient considérablement agrandies ; la papule avait de trois à quatre lignes de largeur sur une d'épaisseur ; l'aréole plus d'un pouce. Après une heure, la papule s'affaissait sensiblement, et l'aréole pâlissait déjà. Toutefois ce n'est que dans l'intervalle de 24 heures que tout avait disparu. M. Martin Solon, rapporteur, a répété les expériences de M. Lafargue. Il admet avec celui-ci que l'inoculation de la morphine avec la lancette peut être un bon moyen de la méthode endermique, mais il est loin de partager l'opinion qu'on puisse substituer l'observation de ses phénomènes locaux aux investigations chimiques dans les recherches médico-légales.

Séance du 4 janvier 1837. — VACCINATIONS. — Jusqu'à ce jour, les vaccinations de l'homme aux animaux, autres que la vache, avaient eu des résultats ou nuls ou douteux. M. Gérard vient de faire des expériences nouvelles qui ont eu un succès remarquable sur des moutons. Six de ces animaux ont été inoculés avec le fluide vaccin, en même temps que trois dindons. Pour ceux-ci l'opération n'a eu aucun effet, mais les six moutons ont présenté des pustules d'abord petites et peu régulières ; le fluide qu'elles ont fourni, transmis à d'autres moutons, a donné des boutons plus beaux ; enfin une troisième génération a développé des boutons en tout semblables à l'éruption vaccinale de l'homme la plus parfaite. La vaccination préservera-t-elle les moutons du claveau qui leur est si funeste ? M. Gérard se propose de suivre cette expérimentation. Déjà même un fait permet quelques espérances à cet égard. Ainsi M. Gérardin n'a rien obtenu d'une revaccination sur des moutons, inoculés une première fois avec succès. Un jeune enfant a reçu sur un de ses bras du vaccin de mouton, et sur l'autre du vaccin ordinaire, les boutons qui ont surgi n'offraient aucune différence.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LA CAVITÉ DES PLÈVRES. — Dans la discussion sur l'empyème, soulevée à l'Académie, ce qui a frappé particulièrement l'attention, c'est la dissidence des opinions sur les effets de la présence de l'air dans la cavité des plèvres, et notamment la différence des résultats des expériences de MM. Amussat et Cruveilhier. Ces deux honorables membres se sont réunis pour refaire en commun leurs expériences. M. Cruveilhier déclare qu'il s'est convaincu que M. Amussat avait raison quand il a soutenu que la libre entrée de l'air dans les deux côtés de la poitrine à-la-fois, était promptement mortelle. Le thorax a été ouvert des deux côtés sur un chien, et la double plaie maintenue béante avec

un tube à trachéotomie. La mort a eu lieu en cinq minutes. — La conclusion de M. Crüveilhier est que, dans les expériences qu'il avait faites, l'entrée de l'air n'avait été qu'intermittente, cas dans lequel les accidens sont médiocres, tandis que si cette entrée de l'air est continue, elle amène inévitablement l'asphyxie.

Séance du 10 janvier. — GREFFE ANIMALE. — Le doute le plus prononcé est toujours prêt à accueillir toute histoire de *greffe animale*. Un membre de l'Académie peut en fournir sur lui-même un exemple incontestable. Ce médecin, M. G.***, repassant son rasoir sur sa main, s'emporta entièrement la pulpe d'un doigt; le morceau tomba à terre. L'ayant relevé et réappliqué, M. G*** alla trouver son collègue M. Velpeau; qui, en défaisant le bandage, laissa de nouveau tomber le morceau de pulpe entraîné par les pièces de linge qui l'assujettissaient. M. Velpeau ne l'en appliqua pas moins de nouveau en le fixant solidement avec des bandelettes. Déjà une heure et demie s'était écoulée depuis l'accident. La réunion a été complète et rapide. La pulpe du doigt a repris sa forme, mais elle est demeurée insensible. Même fait est arrivé à M. J. Cloquet, dans des circonstances en tout semblables.

GROSSESSE QUADRUPLE : *rapport de M. Capuron.* — Cette observation, recueillie par M. Pecot, de Besançon, a pour sujet une dame de 36 ans parvenue au terme d'une quatrième grossesse, et qui déjà en avait eu une double. Le travail ne faisant pas de progrès, malgré les douleurs, M. Pecot eut recours à l'administration du seigle ergoté. Au bout d'une heure et demie, un enfant vint au monde par la tête. Le ventre n'ayant pas diminué de saillie, M. Pecot introduisit la main dans l'utérus, et reconnut plusieurs poches contenant chacune un fœtus. Il saisit le mieux disposé et l'attira par le siége. L'extraction fut prompte et facile. — Un troisième enfant sortit immédiatement après par les seuls efforts de la mère. Enfin M. Pecot alla ouvrir une dernière poche, et amena encore par le siége un quatrième enfant. Le tout a été terminé en moins d'un quart-d'heure, ce que M. Pecot attribue à la bonne conformation du bassin, à la laxité des parties sexuelles et à la petitesse des enfans. Le plus long et le plus lourd avait 15 pouces un tiers, et pesait 3 livres et demie. Le volume de la masse placentaire exigea une délivrance artificielle. Aucune démarcation n'était sensible à la face utérine, mais à la face fœtale l'implantation des quatre cordons, et l'insertion isolée des membranes correspondantes, étaient parfaitement distinctes. L'injection d'air, de cire et de mercure a également démontré l'indépendance vasculaire

des quatre placentas, malgré leur intime jonction. — La grande distension qu'avait subie l'utérus n'a pas permis de suite son retrait complet ; des caillots s'étant accumulés, il en est résulté des coliques et bientôt de nouveaux efforts d'expulsion et une hémorrhagie assez abondante, que M. Pecot a aussitôt arrêtée en vidant l'utérus du sang coagulé et altéré qui y séjournait. Aucun accident n'est venu ensuite traverser le rétablissement qui a été prompt. — Les quatre enfans sont morts, trois du quatrième au cinquième jour. Un seul a résisté pendant vingt-quatre jours. Celui-ci avait été confié à une nourrice. M. Pecot pense qu'avec beaucoup de soins, et moyennant l'allaitement, on eût pu peut-être les conserver tous. »

Les réflexions de M. Capuron et la discussion qui s'en est suivie ont eu trait aux questions suivantes : l'administration du seigle ergoté était-elle opportune? Convenait-il, après la venue naturelle du premier enfant et du troisième, d'aller chercher les autres dans l'utérus? Enfin l'opinion de M. Pecot, *qu'à l'aide de soins actifs et de l'allaitement*, on eût pu conserver les quatre jumeaux, est-elle admissible? M. Capuron se prononce négativement sur tous les chefs. Ennemi déclaré du seigle ergoté, l'honorable rapporteur le voit surtout contr'indiqué ici, puisque les parties étaient bien préparées, les douleurs vives, etc. La marche du travail étant bien régulière, M. Capuron ne voit pas ce qui a pu déterminer M. Pecot à ouvrir les poches des eaux, et à opérer manuellement la sortie des fœtus. Pour ce qui est de la viabilité des quatre jumeaux, l'histoire de ces sortes d'accouchemens, dit M. Capuron, est là pour témoigner que toujours les enfans sont morts. — Plusieurs membres de l'Académie sont loin de partager les opinions du rapporteur. C'est ainsi que M. Larrey a vu dans un voyage en Angleterre avec son fils, dans la principauté de Galles, quatre jumelles âgées de 11 à 12 ans, d'une ressemblance telle, que leur mère, pour les reconnaître, leur attachait un ruban au bras. — M. Moreau est tout-à-fait d'avis aussi, que si les trijumeaux et quadrijumeaux ne vivent pas habituellement, c'est qu'ils sont victimes du préjugé qui les condamne à mort, et qui empêche qu'on leur donne les soins convenables. M. Moreau ajoute encore, en réponse à la critique de M. Capuron, qui condamne M. Pecot père d'avoir pratiqué l'extraction manuelle de deux des enfans, que Baudelocque a dit positivement que dans ces cas, ceux qui, après la sortie du premier enfant, abandonnent les autres dans le sein de leur mère, font preuve d'impéritie ou d'ignorance.

Séance du 17 janvier. — INFLUENCE DES CLIMATS SUR LA PHYSI-

sie. — M. Louis, au nom de la commission chargée de rédiger l'instruction qui doit diriger les recherches propres à éclairer cette question, soulevée par une proposition du Dr Costallat, lit le travail qui a été adopté et dont voici les principaux résultats : 1° La phthisie étant définie : « une maladie qui conduit au marasme par une série de phénomènes d'épuisement, et qui laisse pour traces des tubercules au milieu des poumons », le premier fait à établir, c'est l'existence de ces tubercules, recherche toute anatomique. Quoique l'instruction ne parle que de la lésion des poumons, les observateurs ne devront point négliger l'examen du larynx, de la trachée, du foie et du tube digestif. 2° Relativement à l'influence du climat, il faut s'appliquer à constater d'abord la plus ou moins grande fréquence de la maladie dans les divers lieux, puis sa marche plus ou moins rapide : sous ce dernier point de vue, il importe beaucoup de ne pas se fier au rapport des malades, et de n'établir la fixation du début du mal que d'après les données fournies par un interrogatoire très circonstancié sur les troubles qu'a éprouvés successivement la santé. On signalera avec une égale attention le chiffre de la mortalité et celui des guérisons, s'il y en a. Après cette étude de la maladie et des malades, viendra celle du climat, qui comprend l'appréciation de la latitude et de la longitude, de la température et des variations de l'atmosphère; etc. Les vieillards sont exclus des tableaux statistiques où doivent figurer les sujets des observations recueillies, les phthisies chez eux n'étant qu'un cas rare et exceptionnel.

Le travail de M. Louis a été l'objet de diverses remarques. MM. Cruveilhier et Ferrus ont surtout insisté sur ce fait que les vieillards présentent des tubercules pulmonaires beaucoup plus fréquemment qu'on ne pense; tout en avouant que le plus souvent ces lésions organiques restent stationnaires, leur existence n'en est pas moins en rapport avec l'élément *essentiel* de la définition de la phthisie. A ce propos M. Cruveilhier émet cette proposition, c'est que les tubercules primitifs ne sont point ceux qui amènent l'épuisement de la phthisie, ce ne sont que les secondes et troisièmes explosions qui tuent les malades, et ce serait un grand pas fait vers la découverte de la guérison de cette maladie que celle des *lieux* sous l'influence desquels la génération des tubercules serait ainsi arrêtée. — M. Husson voudrait qu'on retranchât de l'instruction, la partie qui met en doute la possibilité de la guérison de la phthisie. Cette déclaration est capable d'effrayer beaucoup, et d'ailleurs il n'est pas douteux que la phthi-

sie puisse guérir. M. Cruveilhier, d'après cette dernière considération, appuie M. Husson; il connaît une femme qui a présenté les signes les plus positifs d'une énorme caverne au sommet du poumon droit; et qui a recouvré la santé la plus parfaite. M. Louis adhère à la suppression demandée : après quoi, le rapport mis aux voix est adopté.

Médecine des arabes. — Rapport de M. Duméril, sur un voyage de M. Boudouin dans l'intérieur de l'Afrique. M. Baudouin, enlevé en 1832 par des arabes aux environs d'Alger et conduit au milieu des déserts, est devenu, après s'être fait musulman et marié, l'esclave d'un marabout qu'il a accompagné dans le pays des dattes. Voici sous le rapport médical ce qu'il a observé : — Les engorgements articulaires et le frambœsia de M. Alibert sont très-fréquents chez les arabes. L'ophthalmie est si commune que presque tous les habitants en sont atteints. L'inoculation de la variole remonte à une époque immémoriale. Le traitement des fractures se rapproche beaucoup de la méthode de M. Larrey; ainsi le membre est enveloppé de filasse, de chiffons, le tout recouvert d'un mortier fait avec de la terre argileuse et du blanc d'œuf. Les fièvres intermittentes existent partout où il y a des marais. Enfin une remarque très-singulière, c'est que le pica qui porte à manger la terre est on peut dire endémique; il y a même certaines terres friandes, qui se mangent en place publique.

Réduction d'une hernie : — Rapport fait par M. Larrey, sur des observations de chirurgie communiquées par M. Delaporte. La plus intéressante de ces observations est celle d'une hernie d'abord irréductible, et que ce chirurgien est parvenu à faire rentrer après l'application d'une ventouse aux environs de l'anneau.

Séance du 24 janvier : Cette séance a été remplie en grande partie par la lecture d'un mémoire de M. Planche, sur la fécule de sagou.

Hypospadias. — MM. Velpeau et Moreau rendent un compte verbal sur le prétendu hermaphrodite qu'on voit à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. Bally. Il s'agit d'un simple cas d'hypospadias, mais considérable et fort remarquable sous ce rapport. — L'individu porteur de cette infirmité est allemand d'origine, et âgé de 36 ans environ. Le scrotum profondément divisé forme denx reliefs latéraux contenant les testicules; une division profonde les sépare et conduit à un canal dans lequel le

doigt indicateur pénètre à la profondeur de plus de deux pouces. Là il est arrêté par un cul de sac; mais il est facile de sentir en avant que le canal se prolonge encore en se rétrécissant : une sonde dirigée dans ce sens est arrivée dans une cavité large, d'où est sorti un liquide qu'on a pu reconnaître aisément pour de l'urine. A la partie supérieure de la division du scrotum est un corps saillant d'un demi pouce, et qui a la figure d'un gland; son volume est celui de la verge d'un jeune homme de quatorze à quinze ans. Cet individu a eu des rapports avec des hommes; il a essayé d'exercer le coït avec des femmes, mais il n'avait pu y parvenir à cause de l'exiguité de ses parties copulatrices. Du reste il y a des éjaculations d'un véritable sperme qui s'écoule par la longue fente qui divise la paroi inférieure de l'urètre et qui simule un vagin.

Extraction d'une dent pendant un sommeil magnétique. — Un journal médical avait mentionné le fait de l'extraction d'une dent pendant un sommeil magnétique, chez une dame de 25 ans, faible et d'une impressionnabilité si grande, que la moindre cause déterminait chez elle des palpitations et des défaillances. M. Oudet, membre de l'Académie, et qui a été l'opérateur, est interpellé sur ce fait. M. Oudet dit, en effet, avoir fait l'extraction d'une dent grosse molaire cariée chez une dame qui paraissait plongée dans un sommeil profond; que cette opération n'a causé ou n'a semblé causer aucune douleur : du moins, elle n'en a manifesté extérieurement aucun signe, et à son réveil elle a paru étonnée de la question qui lui était faite, pour savoir d'elle si elle avait souffert, pensant avoir encore sa dent. Du reste, l'opérateur, se tenant dans la réserve relativement aux inductions qu'on peut tirer, n'expose et n'affirme que le fait matériel lui-même. Cette communication a provoqué de la part d'un grand nombre d'académiciens, d'énergiques protestations contre le magnétisme animal.

Académie royale des Sciences.

Séance du 4 Janvier 1837. — Substance encéphaloïde. (*Globules et cristaux de la.*) — M. Gluge adresse les résultats des observations qu'il a faites sur la matière liquide de ce tissu. Cette matière, qui a la consistance d'un pus phlegmoneux, se compose en grande partie de globules d'une forme sensiblement sphérique, et dont les plus petits sont plus grands que les globules de pus. Leur surface est inégale. On les trouve non-seulement dans les tissus encéphaloïdes mêmes de l'organe affecté, mais encore dans

des parties voisines, et qui paraissent encore saines. Outre ces corps globuleux, les tissus encéphaloïdes contiennent quelquefois en assez grand nombre de cristaux très distincts, de forme et de grandeur différentes. M. Gluge en a trouvés qui avaient 0, 12 millimètres en diamètre ; il pense que ces cristaux ne se forment peut-être qu'après la mort. Du reste, ajoute-t-il, ces cristaux sont un produit pathologique plus fréquent qu'on ne le pense communément ; j'ai trouvé, par exemple, que les concrétions articulaires de la goutte contiennent des cristaux très nombreux dans une matière formée par l'exsudation.

Séance du 23. — MOUVEMENT DES ARTÈRES. (*Mécanisme du.*) — M. Flourens communique les résultats de ses expériences sur ce sujet. Après avoir fait l'historique des travaux relatifs à ce point de physiologie, il montre que l'opinion de Harvey sur la *cause physique* du mouvement des artères, n'a reçu aucune atteinte des expériences de Lamure, expériences mal conçues et mal interprétées. La question relative au mode selon lequel se meuvent les artères n'est pas, à beaucoup près, aussi simple que la première ; les divergences des auteurs sur ce point suffiraient seules pour le prouver. Selon Galien, le *battement* des artères, *le pouls*, n'est que l'effet de leur *diastole* et de leur *systole*, ou de leur dilatation et de leur resserrement successifs. Harvey ne voit de même le battement de l'artère que dans le jeu alternatif par lequel ses parois se dilatent et se resserrent. Weitbrecht, le premier, le voit dans la *locomotion* ou mouvement en masse de l'artère ; Lamure dans son *soulèvement*, Artaud dans le *redressement de ses angles*. M. Flourens rappelle les expériences sur lesquelles chacun de ces auteurs appuie son opinion, montre à quelles objections elles sont sujettes, et est ainsi amené à reconnaître que la solution de cette question exige la détermination expérimentale de chacun des divers éléments qui concourent au mouvement total de l'artère, tel que la dilatation, la locomotion, et que le premier point est de s'assurer du nombre et de la nature de ces éléments.

Dilatation des artères. — Il s'agissait d'abord de constater si l'artère se dilate et se resserre alternativement quand elle se meut. Depuis Bichat, qui pensait que la dilatation et le resserrement des artères sont peu de chose, et sont même presque nuls dans l'état ordinaire, que la cause spéciale du pouls est dans la locomotion de l'artère, presque tous les physiologistes joignent la dilatation à la locomotion pour expliquer le pouls, le battement des artères. De nos jours, M. Magendie a tenté de nouveau et avec succès de con-

stater directement la dilatation des artères, et M. Poiseuille a imaginé un instrument qui la lui a démontré être réelle, mais à un faible degré. De son côté, M. Flourens est parvenu à la démonstration de la dilatation de l'artère par un procédé particulier. Il fallait un appareil qui se mût avec l'artère sans changer de forme, ou dont la forme ne fût affectée que par la seule dilatation. Dans cette vue, l'auteur a fait fabriquer une lame d'acier à ressort de montre très-mince ; il a fait faire avec cette lame de petits anneaux brisés, qui, embrassant exactement et tout juste les artères autour desquels il les appliquait, venaient aboutir l'un à l'autre. On conçoit que ces anneaux ayant assez de flexibilité pour céder au moindre effort, et assez de ressort pour revenir aussitôt sur eux-mêmes, l'effort cessant, la moindre dilatation de l'artère devait les ouvrir, et qu'ils devaient se fermer à son moindre resserrement, etc. Ayant placé un de ces anneaux à branches mobiles autour de l'aorte abdominale d'un lapin, M. Flourens vit aussitôt les deux bouts de l'anneau s'écarter et se toucher, ou s'ouvrir et se fermer alternativement. Il a répété ces expériences sur plusieurs lapins, et constamment il a vu l'anneau à branches mobiles accuser et traduire à l'œil, par le rapprochement et l'écartement alternatifs de ses bouts, la dilatation et le resserrement alternatifs de l'artère. La dilatation est donc un des éléments du mouvement des artères. Est-elle le seul ?

Locomotion des artères. — A chaque angle, à chaque flexuosité, à chaque courbure des artères, il se fait un mouvement de soulèvement ou de redressement très visible à l'œil nu, surtout au mésentère. L'application du micromètre de M. Rochon, qui, doublant les images des objets, doit rendre sensible l'empiètement des deux images de l'artère l'une sur l'autre, s'il a lieu, n'agit que par instans très courts, est fort délicate et demande des études spéciales. Mais on n'a qu'à renforcer les courbures des artères pour rendre plus sensible la locomotion, qu'à les diminuer pour l'affaiblir plus encore, sans cependant l'éteindre entièrement. Les artères droites elles mêmes se déplacent, se locomeuvent très sensiblement, etc. Ainsi, le mouvement locomotif des artères est le second élément du mouvement total des artères.

Succussion ou élongation de l'artère. — Si l'on met une artère à nu, l'une des deux carotides primitives, par exemple, on reconnait bientôt qu'elle est mue d'un mouvement de secousse, qui, tour à tour, la pousse d'arrière en avant et d'avant en arrière. C'est le troisième élément du battement de l'artère.

La dilatation, la locomotion et la succussion, voilà donc les trois éléments primitifs ou constitutifs du mouvement total de l'artère ; lesquels se rattachent à l'élasticité du tissu jaune rétractile, auquel l'artère doit de revenir sur elle-même quand elle a été distendue. M. Magendie a déduit de cette force de retour la nature du jet du sang qui s'échappe d'une artère ouverte, jet continu sous l'influence du resserrement des artères et saccadé par l'effet de la contraction des ventricules.

Ainsi le pouls, dans les artères droites et qui se locomeuvent peu, tient surtout à la dilatation ; dans les artères flexueuses et qui se locomeuvent avec force, à la locomotion, et dans le cas où le doigt presse et déprime l'artère, le pouls tient de plus à l'effort du sang contre la paroi de l'artère déprimée. Le pouls n'est donc que le battement senti par le doigt, et il se complique de tous les éléments, de toutes les circonstances qui déterminent ou compliquent le battement.

VARIÉTÉS.

Du projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

On a beaucoup parlé du travail de la commission chargée par le ministre de l'instruction publique d'indiquer les modifications nécessaires à apporter aux lois actuelles qui régissent l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Les renseignements publiés jusqu'ici à ce sujet étant fort inexacts, nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt de donner ceux qui nous sont parvenus et que nous avons tout lieu de croire conformes à la vérité. Nous n'accompagnerons ces renseignements d'aucune réflexion, le moment de la discussion n'étant point encore arrivé.

Relativement aux Facultés, la commission s'est accordée pour maintenir les trois Facultés existantes, et contre la nécessité d'en créer de nouvelles. A la place du concours tel qu'il est institué aujourd'hui pour la nomination des professeurs, elle a proposé de faire faire l'élection par un jury composé des professeurs de la Faculté auxquels s'adjoindraient pour un tiers, des membres pris dans les Académies de médecine et des sciences, et deux agrégés : un rapport motivé sur les titres des candidats sera fait par une commission nommée dans le sein du jury, et après une discussion générale, on procéderait à la nomination par un scrutin secret. Rien n'est changé au mode actuel de nomination des agrégés.

Les professeurs titulaires deviendront honoraires à l'âge de soixante-cinq ans.

L'institution des écoles secondaires a particulièrement fixé l'attention de la commission, et elle a cherché à leur donner une organisation forte, en y rendant l'enseignement aussi étendu que possible. Ces écoles préparatoires seront au nombre de 18 et se composeront chacune de huit professeurs. On y enseignera l'anatomie et la physiologie, la pathologie interne et l'externe, les accouchements, la physique, la chimie et l'histoire naturelle. La nomination des professeurs se fera sur présentation de candidats par les écoles elles mêmes, auxquels dans certains cas s'adjoindront des administrateurs des hôpitaux.

Le nombre des examens pour le doctorat est porté à six plus une thèse, et ils seront en même temps théoriques et pratiques : le temps de chaque examen sera doublé. Nul ne sera admis à l'avenir au titre d'officier de santé.

Les sages-femmes seront reçues par un jury composé des professeurs des écoles préparatoires.

Pour ce qui est de la police médicale, la commission s'est prononcée contre l'établissement des conseils de discipline, mais elle a établi dans chaque chef lieu de département un comité consultatif composé de médecins et de pharmaciens, chargés de la visite des officines, de la recherche des infractions aux lois concernant l'exercice de la médecine et de la pharmacie, etc.

Le projet de la commission propose aussi l'établissement de médecins cantonnaux. Enfin elle s'est attachée à prévenir autant que possible tous les cas d'infraction aux lois ou d'exercice immoral de la médecine de la part des charlatans; mais nous ne pouvons en ce moment entrer dans les détails de ses dispositions à ce sujet.

Les écoles de pharmacie rentreront dans le régime universitaire et seront à l'avenir en tout soumises aux réglements des facultés de médecine. Les pharmaciens de seconde classe sont supprimés, et on a taché de limiter, sans nuire à la liberté du commerce, les professions de pharmacien, de droguiste, de confiseur, etc.

Les droits des sœurs de charité sont sévèrement restreints, relativement à la distribution des médicaments.

Enfin la commission s'est efforcée de remédier à l'énorme abus des remèdes secrets.

Telles devraient être, d'après nos renseignements, les principales dispositions proposées par la commission. Les détails du projet dans les quels nous ne sommes point entrés, sont conformes à ces principes; nous y reviendrons et nous le discuterons avec soin et

impartialité en temps et lieu. Il suffit pour le moment d'appeler l'attention et les réflexions sur les bases d'une loi que les intérêts des médecins et de la société toute entière sollicitent vivement.

— Une nouvelle épidémie de grippe vient de faire apparition en Europe, et est actuellement dans toute sa force à Paris. Telle nous avons vu la maladie en 1830 et 1833, telle elle se manifeste encore aujourd'hui, c'est-à-dire partout bénigne, mais affectant une grande partie de la population, et ne faisant craindre de dangers que pour les personnes atteintes déjà de maladies graves ou de fâcheuses prédispositions. Il y a plus, ses caractères ne paraissent différer en rien de ceux sous lesquels elle s'est montrée dans les épidémies du 17e et du 18e siècles, dont nous pouvons juger par des relations exactes. Avant que la maladie se fût déclarée à Paris et dans plusieurs de nos provinces, elle sévissait, dit-on, à Londres avec violence, et y faisait de nombreuses victimes. Cette circonstance devait seule faire douter que la grippe fût bien l'épidémie, ou du moins fût la seule qui régnât en Angleterre. Aucun renseignement précis n'est venu depuis éclaircir ces bruits, qui paraissent, du reste, avoir été fort exagérés. Nous attendrons les renseignemens que ne pourront manquer de nous donner les journaux anglais de médecine, pour voir si réellement nous avons à ajouter quelques traits non encore connus à l'histoire de la grippe, telle que nous l'avons tracée dans le 14e volume du *Dictionnaire de Médecine*.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

Par MM. ADELON, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLOQUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ. — *Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée.* Tome XIVe, (GAR-HALL). Paris, 1836. In-8.o Chez Béchet jeune.

Depuis longtemps déjà, cette publication a dépassé la moitié de

son cours, et le succès qu'elle obtient ne permet pas de douter qu'elle ne soit une des productions les plus importantes de la littérature médicale contemporaine. Le quatorzième volume qui vient de paraître renferme, comme les précédents, des articles nombreux, rédigés dans un but d'application et d'utilité réelle. Ainsi, aux mots GOUDRON, GRENADIER, M. Cazenave a placé deux bons articles de thérapeutique. Le mot GARGARISME a fourni à M. Guersent le sujet d'un article intéressant. On doit à M. le professeur Chomel un article classique de séméiologie et de symptomatologie, (HABITUDE EXTÉRIEURE); à M. Richard, les articles GAROU, GAYAC, GUIMAUVE, etc. etc.; à MM. Rostan, Pravaz, Raige-Delorme, Guérard, les articles d'hygiène et d'orthopédie, GYMNASTIQUE, HABITATION, GÉLATINE, etc. M. Adelon est l'auteur d'un article important, GÉNÉRATION, qui a été traité aves beaucoup de précision. Un autre article de physiologie, remarquable par le soin qu'on a mis à l'élever au niveau des travaux les plus modernes sur la matière, l'article GOUT, est signé par M. Rullier. Ce volume contient encore les articles GLAUCÔME, GRAISSE, GASTRALGIE, GOÎTRE, GOUTTE, GRAVELLE, etc. etc.

Mais une énumération complète serait trop longue à faire, car le nombre des articles qui composent ce volume, s'élève à plus de cinquante. Parmi ces articles, écrits sur des sujets si variés, il en est surtout quelques uns qui méritent une mention toute particulière, soit parce qu'on y trouve des idées neuves, soit parce qu'on peut les considérer comme des monographies complètes et originales. Ces articles constituent la base principale du volume, et peuvent très bien servir à en faire apprécier toute la valeur. Tels sont, pour ne citer que les plus saillants, les articles HALLUCINATIONS, par M. Calmeil; GROSSESSE, par Desormeaux et M. Paul Dubois; GRIPPE, par M. Raige-Delorme; GENOU, (*maladies du*), par M. Velpeau. Je dirai aussi deux mots de l'article GASTRIQUE (*embarras et fièvre*), par M. Littré.

Après avoir cité des passages d'Hippocrate, de Celse et de Rufus, qui démontrent que *l'embarras gastrique* avait été fort bien observé dès les temps les plus anciens, M. Littré a donné la description de cette maladie qui, selon lui, se rapporte exclusivement aux organes digestifs. Il en a indiqué les symptômes, le diagnostic différentiel, les causes et le traitement. A l'occasion du diagnostic différentiel, M. Littré a eu soin de citer les utiles recherches de M. Donné sur l'acidité de la salive, mais il ne s'est point prononcé sur la valeur de ce symptôme pour distinguer l'embarras gastri-

que de la gastrite chronique. Un des dentistes les plus instruits et les plus honorables de Paris, M. Regnard, s'est livré à des recherches très-consciencieuses et très complètes sur l'état chimique de la salive dans les diverses affections de l'estomac, et il a constaté que dans presque toutes, la salive contracte des propriétés acides, qui rendent son action sur les dents très funeste, surtout quand la maladie de l'estomac est de longue durée ou se renouvelle souvent. On ne peut donc point considerer l'acidité de la salive comme un signe qui puisse servir à distinguer les affections gastriques les unes des autres. du reste, dans un des volumes précédents, à l'article ESTOMAC, M. Dalmas a très bien fait ressortir la différence fondamentale qui existe entre la gastrite chronique et l'embarras gastrique.

M. Littré a tracé ensuite une histoire concise de la *fièvre gastrique*. Sa description sera d'autant plus utile que cette expression est très-employée par les auteurs allemands, et que beaucoup de médecins français pourraient bien ne pas savoir ce que veulent dire leurs confrères d'outre-Rhin lorsqu'ils parlent de la fièvre gastrique. « La fièvre gastrique, dit M. Littré, est une affection fébrile des organes digestifs; affection dont tous les caractères ne sont pas bien déterminés; elle a été long-temps réunie sous différents noms aux fièvres continues, et on la trouve décrite dans la *Clinique médicale* de M. Andral, sous le nom de *fièvre continue légère*.» M. Littré ne range point cette affection parmi les fièvres; pour lui, c'est une irritation plus ou moins étendue du canal gastro-intestinal. Autant que je puis en juger, d'après mes lectures, je crois que les médecins allemands confondent le plus souvent, sous le nom de *fièvre gastrique*, des maladies fort différentes les unes des autres, telles que la gastrite chronique, la gastro-entérite chronique, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde. Bien que M. Littré n'ait rapporté aucun fait détaillé, et ne se soit livré à aucune discussion sur la nature de la maladie en question, nous devons croire que ce n'est pas sans de bonnes raisons qu'un pathologiste aussi distingué que lui, a admis l'espèce morbide à laquelle il a conservé le nom de *fièvre gastrique*, tout impropre qu'il est d'après ses idées théoriques, et ainsi qu'il le dit lui même.

On a conservé dans cette seconde édition la description anatomique du GENOU, par Béclard; et M. Velpeau s'est chargé de tracer l'histoire des maladies de cette articulation. Le travail de M. Velpeau est un de ces articles qui font la fortune des publications du genre de celle dont nous nous occupons. C'est un large résumé dans lequel l'au-

teur a su faire entrer tous les faits les plus récents. Parmi les maladies de l'articulation du genou, il en est une qui, dernièrement encore, était révoquée en doute par un grand nombre de chirurgiens, je veux parler de la *luxation complète* du genou. M. Velpeau a traité ce sujet avec le plus grand soin. La base de son travail est constituée par vingt et un exemples de ce genre de déplacement, que tant de personnes regardent comme impossible. A ces cas nombreux, j'en ajouterai un vingt-deuxième qui a été observé, vers l'année 1788, par un respectable praticien de la capitale, M. Jacques, conjointement avec Cabarou, chirurgien aux gardes françaises. Cette observation a été communiquée depuis par M. Jacques avec tous ses détails, à la Société médico-pratique où elle a été accueillie avec incrédulité par beaucoup de membres. «La femme qui fait le sujet de cette observation, était âgée de trente-six ans, grande mais peu robuste. Elle était chargée d'un fardeau assez lourd, lorsqu'un cheval qui galopait la poussa d'arrière en avant et la fit tomber sur les genoux. On avait crû reconnaître une fracture de la cuisse; M. Jacques rectifia ce diagnostic et opéra la réduction, non sans quelques difficultés. Au bout d'un mois, la guérison était parfaite, à cela près d'un peu de faiblesse du membre de ce côté. Le tibia du côté droit avait été porté au devant des condyles du fémur. C'était un cas de luxation en avant. On peut consulter, à ce sujet, les bulletins de la Société médico-pratique. » — Généralisant tous ces faits, M. Velpeau a indiqué les causes et le mécanisme de la luxation complète de la jambe, ses signes, les désordres qu'elle entraîne dans l'articulation, son pronostic et son traitement. Aux assertions peu rassurantes de Percy, M. Velpeau oppose les succès obtenus par Megès, Heister, Lamotte, A. Cooper, etc. etc. Il a d'ailleurs énuméré les circonstances dans lesquelles seulement on doit recourir à l'amputation. Enfin, après avoir exposé comment on doit procéder à la réduction, il s'arrête pendant quelques instants sur les soins consécutifs qui doivent compléter le traitement et consolider la guérison.

Après les luxations complètes, M. Velpeau a traité successivement des luxations incomplètes du genou, de la luxation des fibro-cartilages semi-lunaires, de la luxation lente ou spontanée de la jambe, des ruptures et des contusions du genou, des plaies du genou, des inflammations et abcès de cette région, de l'hydropisie et de l'hematocèle du genou, des tumeurs du genou, des tumeurs blanches, de l'ankylose du genou. La résection du genou a donné lieu à un chapitre important, dans lequel M. Velpeau a présenté

le procédé de Park, celui de Moreau, celui de MM. Sanson et Bégin et celui de M. Syme. M. Velpeau pense qu'on doit proscrire cette opération redoutable par ses suites, excepté dans un très petit nombre de cas, lorsque les surfaces articulaires seules se trouvent altérées et qu'on peut enlever tout le mal en n'excisant qu'un pouce ou deux de chaque os. Cette opinion, appuyée sur des faits irrécusables, ne peut manquer d'être partagée par la plupart des chirurgiens.

Parmi les chapitres dont les titres viennent d'être énumérés, celui qui est consacré à la luxation des fibro-cartilages semi-lunaires, roule sur un sujet entièrement neuf. Le peu de renseignements que possède la science sur cette affection, ne permet pas d'en tracer une histoire complète. M. Velpeau a puisé abondamment à une source féconde, le *Traité des luxations et des fractures des articulations* de Sir A. Cooper, et il a réuni tout ce qu'il est possible de dire actuellement sur ce sujet curieux.

L'article Grippe se trouve aujourd'hui tout-à-fait de circonstance. Les longues recherches que j'ai faites moi-même sur ce sujet, (voy : *Arch. gén. de med.* 1835), me permettent d'affirmer que l'article de M. Raige-Delorme est le travail le plus complet qui ait encore été publié sur l'épidémie que nous subissons en ce moment à Paris. Il y a plus : j'ai dû naturellement porter une attention toute spéciale aux malades atteints de la grippe que j'observe chaque jour, dans ma pratique, depuis le début de la nouvelle épidémie ; et j'ai pu constater que les descriptions de l'article cité sont extrêmement exactes.

Cet article débute par un coup-d'œil général sur les épidémies de grippe. Dans ce coup-d'œil général, l'auteur trace l'histoire de l'épidémie de 1580, en s'appuyant sur des citations nombreuses ; ensuite, il indique d'une manière concise les épidémies observées dans le 17e siècle, et qui ont eu moins d'importance que la précédente. A partir de l'épidémie de 1733, les épidémies de grippe ont été décrites avec beaucoup plus de soin, et par un grand nombre d'observateurs distingués. M. Raige-Delorme fait connaître successivement cette dernière, celle 1743, celle de 1762, celle de 1775, celle de 1782, celle de 1803, celle de 1830, et enfin, celle de 1833. Toutes ces épidémies étant ainsi décrites et bien connues, l'auteur les a comparées, et en a rapproché toutes les circonstances saillantes, dans un résumé général. Ce n'est qu'après cette étude préliminaire, qu'il donne la description de la maladie considérée en elle-même, ou sous le point de vue de la pathologie spé-

ciale. Dans ce chapitre sont indiqués les prodrômes de la grippe, ses symptômes, sa marche, sa durée, sa terminaison, son pronostic et ses complications. L'exactitude de cette description est vérifiée chaque jour, par la manière dont se comporte l'épidémie actuelle. Le chapitre suivant est consacré au traitement; ensuite, l'auteur a traité à part de l'étiologie et de la nature de la grippe. M. Raige a puisé ses opinions sur ce sujet dans le rapprochement et l'étude des faits les plus authentiques.

Ce long article est terminé par une appendice, dont la première partie renferme une histoire critique et bibliographique de la grippe, et dont la seconde se compose de l'énumération de tous les ouvrages intéressants qui ont été publiés sur cette maladie, depuis 1580 jusqu'à nos jours. Dans cette histoire critique de la grippe, M. Raige a fait voir avec quelles précautions il faut procéder dans les recherches auxquelles on peut se livrer sur les maladies qui ont été désignées anciennement sous le nom *d'épidémies catarrhales*. — Tout cet article est écrit avec érudition et sagesse. C'est une monographie complète, et quiconque veut avoir des idées précises sur l'étiologie, la nature, les formes et le traitement de la grippe, ne peut se dispenser de le lire.

L'article GROSSESSE équivaut presque à un volume ordinaire. Il se compose de trois parties; dans la première on traite de la grossesse utérine, dans la seconde, de la grossesse extra-utérine; et dans la troisième, de la grossesse envisagée sous le rapport de la médecine légale et de la police médicale. Chacune de ces trois parties fondamentales est divisée en un grand nombre de chapitres. Ainsi, pour la grossesse utérine, on a décrit d'abord les phénomènes anatomiques et physiologiques de la grossesse, puis les signes à l'aide desquels on peut la reconnaître, et enfin on a traité de la pathologie et de l'hygiène de la grossesse; ce qui constitue une triple division de la plus haute importance, dans laquelle on a su faire rentrer sans efforts tout ce qui concerne cette première période de l'état puerpéral.

Un des chapitres les plus intéressants de cet article, c'est celui qui est consacré aux signes de la grossesse. Tous ces signes ont été décrits et appréciés à leur valeur réelle. A peine peut-on y signaler quelques lacunes peu importantes. Ainsi, il n'y est point fait mention de la coloration anormale du mamelon. Cependant les recherches des Drs Montgomery et Ingleby ne permettent pas de douter de l'importance de ce signe pour le diagnostic d'une première grossesse. Il en est de même de la raie plus ou moins foncée qui s'établit de l'ombilic au pubis, également dès le début de la grossesse. Enfin, ne peut-on jamais tirer parti, dans le diagnostic de la grossesse, des changements qui s'opèrent dans la conformation du museau de tanche, dès les premières semaines? chez une femme très-jeune, qui n'a jamais eu d'enfants, le museau de tanche est alongé, conique, très-ferme et presque pointu à son sommet où l'on sent à peine, avec le doigt, la dépression centrale qui indique l'orifice externe du col utérin. Très-peu de tems après la conception, le museau de tanche est moins résistant au doigt, moins pointu, et l'orifice externe du col est notablement agrandi.

Dans le commencement de l'année qui vient de s'écouler, j'ai pu, en m'appuyant sur cette circonstance, diagnostiquer une première grossesse, à une époque où tous les autres signes étaient insuffisants ou complètement nuls. Je reconnais volontiers que les signes dont je parle en ce moment sont d'une utilité très-restreinte. Mais il suffit qu'ils puissent guider le praticien dans quelques cas où il est important de constater s'il y a ou non grossesse, pour qu'on doive les citer ou en discuter la valeur.

Ainsi qu'on vient de le voir, ces reproches sont extrêmement légers; en revanche, les éloges que mérite ce même chapitre, portent sur des points extrêmement importants. Je citerai, par exemple, un long et intéressant fragment sur l'application de l'auscultation au diagnostic de la grossesse, et que nous devons à la plume de M. Paul Dubois. Ce mode d'exploration, indiqué d'abord par M. Mayor, de Genève, comme propre à révéler la vie du fœtus à une époque avancée de la gestation, fut plus tard appliqué, par M. Kergaradec, à l'étude de la grossesse. Depuis cette époque les recherches sur ce sujet ont été nombreuses. Un médecin anglais, M. Kennedy, a même publié un ouvrage *ex-professo* sur la matière. M. Paul Dubois a présenté dans l'article que j'analyse un tableau fidèle de l'état actuel de nos connaissances en auscultation obstétricale, en y ajoutant le résultat de sa propre expérience.

L'article HALLUCINATION, de M. Calmeil, peut être cité comme un morceau à la fois curieux et instructif. On y trouvera un exposé détaillé et une classification excellente des hallucinations. L'auteur a compris dans le même article les *hallucinations* et les *illusions des sens*. Il a réuni dans son travail tous les exemples remarquables d'hallucinations et d'illusions des sens dont il a été le témoin lui-même, et tous ceux que l'on trouve dans l'histoire. Ce recueil de faits bizarres, présentés toujours sous un aspect scientifique, est entremélé de pensées profondes et ingénieuses. On y trouvera une interprétation lumineuse d'une foule d'événements enregistrés dans les annales de l'histoire, et qui sont comme des monuments déplorables de la faiblesse de l'esprit humain. Il est facile de prévoir que cet article sera lu avec avidité. G. RICHELOT.

Pathological anatomy. Illustrations of the Elementary forms of diseases. By ROBERT CARSWELL, *M. D., professor of pathol. anatomy in the University of London*, etc. Londres. In-fol. 1831-36.

Tandis que la France voit s'achever par les travaux de M. Cruveilhier, un des plus remarquables monumens que l'on ait élevé à l'anatomie pathologique, l'Angleterre est aussi venue apporter son tribut à la science dont la création appartient en si grande partie à notre siècle. On peut dire, dès à présent, qu'elle est dignement représentée dans cette branche de l'art médical, par l'œuvre de M. Carswell. Dix fascicules en ont été publiés. Le 1er traite du tubercule; le 2e et le 3e du carcinôme; le 4e du mélanome; le 5e des ramollissemens; le 6e des hémorrhagies; le 7e de la mortification; le 8e de la suppuration; le 9e et le 10e de l'hypertrophie

et de l'atrophie. Chaque fascicule contient quatre planches coloriées remarquables par l'exécution et l'exactitude avec laquelle elles représentent les lésions pathologiques. Le texte est en partie consacré à une étude générale de la matière, et en partie à l'explication des planches.

Le nom de M. Carswell est trop connu, même en France, par ses travaux en pathologie, pour que l'on ne s'attende pas à trouver dans l'ouvrage que nous examinons, autre chose que l'exposition même bien faite des connaissances acquises en anatomie morbide. C'est au contraire une œuvre originale en beaucoup de points, et c'est à ce titre que nous en donnerons une analyse un peu étendue.

1° *Tubercules*. La matière tuberculeuse, d'après M. Carswell, ne siége point dans la substance même du tissu élémentaire; elle ne présente aucune trace d'aréoles, de fibres, de canaux qui puissent porter à la considérer comme une substance organisée. Contrairement à l'opinion de Laennec et de Louis, il affirme que le tubercule ne commence point par la granulation demi-transparente, bien qu'il soit souvent accompagné de la sécrétion d'une matière de cet aspect : nous verrons tout-à-l'heure qu'il n'y a pas une dissidence aussi grande qu'il le semblerait d'abord, et que M. Carswell diffère des anatomo-pathologistes cités seulement, par une étude plus complète du développement des tubercules. Il considère ce produit comme le résultat d'une *excrétion*, sans cependant employer ce mot. Le siége de cette excrétion est le sang, les surfaces séreuses et surtout les muqueuses. Un des points les plus originaux de ses recherches, c'est que dans quelqu'organe qu'ait lieu la formation de la matière tuberculeuse, le système muqueux, s'il entre comme partie constituante dans cet organe, est, en général, ou le siége exclusif de la production morbide, ou en est au moins beaucoup plus affecté qu'aucun des autres systèmes ou tissus du même organe. La forme arrondie des tubercules dans certains organes, particulièrement dans le foie et le cerveau, ont fait penser à quelques pathologistes que c'était une substance organisée. C'est une circonstance purement accidentelle : la forme du tubercule dépend absolument des conditions de la partie où ils se déposent. Quelle est maintenant la cause de cet aspect demi-transparent admis pour le début du tubercule? Selon M. Carswell, cette apparence ne s'observe que dans les poumons et à la surface libre des membranes séreuses où certainement alors elle précède le développement de la matière opaque. Mais ce phenomène n'est autre chose que le résultat du mélange de la matière tuberculeuse avec les sécrétions des parties environnantes. Dans les cellules aériennes, par exemple, la sécrétion muqueuse s'accumule là où elle est formée, mais ce n'est pas du mucus pur; il contient une certaine quantité de matière tuberculeuse mélangée avec lui. Cette matière s'en sépare au bout d'un certain temps, et apparaît ordinairement sous la forme d'un point jaune opaque, occupant le centre du mucus grisâtre demi-transparent et parfois épaissi. On aperçoit aussi d'une manière frappante ce mécanisme de la séparation de la matière tuberculeuse dans la péritonite tuberculeuse. En examinant un péritoine atteint de cette lésion, on voit souvent parfaitement marquées les trois périodes

de cette évolution morbide ; d'abord sur une portion de cette membrane est épanchée de la lymphe coagulable récemment sécrétée ; d'un autre côté, on trouve la même substance plastique demi-transparente, organisée en partie, et renfermant ou entourant un globule de matière tuberculeuse. Enfin, dans une autre partie, la lymphe coagulable est convertie en un tissu cellulaire plus ou moins vasculaire, couvert d'une membrane séreuse accidentelle, au-dessous de laquelle, extérieurement au péritoine surface de la sécrétion primitive, est située la matière tuberculeuse sous forme de granulations arrondies. Nous remarquerons que M. Carswell a été au-delà de la vérité, en affirmant que les granulations grises ne se rencontraient que dans les deux points qu'il a cités. Des recherches récentes faites sur les tubercules des os y ont démontré ces productions, ce qui pourrait un peu ébranler l'explication de M. Carswell. Il nie également les tubercules enkystés, et pense que l'apparence du kyste a été produite par la distension ou la dilatation d'une cellule ou d'un tuyau bronchique. Nous opposerons encore à M. Carswell les tubercules enkystés des os parfaitement décrits dans le même travail dont nous venons de parler et dont nous donnerons prochainement un extrait. Quoi qu'il en soit, ces points et plusieurs autres que nous ne pouvons indiquer ici, et où l'auteur a décrit d'après ses observations, rendent son travail fort important.

2e et 3e *Carcinome.* Dans la deuxième et la troisième livraisons, M. Carswell passe à l'étude des productions auxquelles on a donné le nom d'hétérologues. Leurs caractères distinctifs, comme on sait, consistent dans la présence d'une substance solide ou fluide différente de tous les fluides ou les solides qui entrent dans la composition des élémens organiques du corps. Ainsi, tandis que le tubercule et la matière tuberculeuse sont simplement une modification de l'albumine avec ou sans gélatine et fibrine, un des caractères du cancer est d'être constitué par des élémens chimiques tout-à-fait différens de ceux des tissus animaux. Parmi ces productions hétérologues, le carcinome en est un des plus importans. Les caractères incomplets sans doute, mais suffisans pour le distinguer, que lui assigne M. Carswell avec la plupart des pathologistes, c'est de se terminer par la destruction graduelle ou la transformation des tissus qu'il affecte, et de posséder, quoique à un degré variable, la propriété de se reproduire, et une tendance à affecter plusieurs organes dans le même sujet.

Malgré les travaux publiés depuis le commencement de ce siècle, les anatomo-pathologistes sont loin d'être d'accord sur la classification des affections cancéreuses. Dans l'un des articles les plus récens et les plus estimés sur la matière (*Cancer, Dictionn. en 25 vol.*), on a essayé de les ramener à deux tissus essentiellement différens l'un de l'autre, et par leur aspect et par leur évolution (le squirrhe et l'encéphaloïde). Le docteur Carswell reconnait également deux espèces de carcinôme, le scirrhome ou cancer inorganique, et le céphalome ou cancer organisé. Au scirrhome appartiennent le squirrhe, le sarcôme pancréatique d'Abernethy, le tissu lardacé ; la matière colloïde de Laënnec, le cancer gélatiniforme ou aréolaire de Cruveilhier. Au céphalome il rapporte le sarcôme vasculaire ou organisé d'Abertnethy, le sarcôme médullaire du même auteur, appelé encéphaloïde par les Fran-

çais, inflammation spongoïde par Burns, cancer mou par d'autres. Le fongus hœmatodes de Hey, de Wardrop, la maladie fongoïde d'A. Cooper, ne sont qu'une variété particulière du céphalome dans laquelle l'organisation vasculaire est plus distincte. Plusieurs planches sont destinées à représenter les caractères physiques et anatomiques de ces diverses formes de productions morbides, et en particulier à mettre en relief les différences qui existent entre le scirrhome et le céphalome. Il ne faut pas croire cependant que cette distinction soit toujours facile à établir. En effet, leur principale différence, c'est une tendance plus ou moins grande à la vascularisation. Or, il n'est pas toujours possible de reconnaître d'emblée cette tendance. Ainsi, un produit peut se déposer sous forme de squirrhe, de tissu lardacé, sans présenter de trace d'organisation, détruire peu-à-peu les tissus qu'il envahit, puis se convertir en une masse pulpeuse ou liquide de la consistance et de la couleur de la crême. Mais ce même produit peut se présenter au début sous la même forme que nous venons d'indiquer; puis arrivé à une certaine période offrir des changements d'une autre espèce, revêtir les caractères du sarcôme médullaire ou mammaire, devenir plus ou moins mou et vasculaire, et quelquefois se terminer par une hémorrhagie, suite elle-même de la rupture des vaisseaux, ou se changer en fongus hœmatodes. — M. Carswell insiste beaucoup sur cette transformation niée, comme on le sait, par un grand nombre d'anatomistes de nos jours. Plusieurs planches sont destinées à la démontrer, et représentent plusieurs formes de carcinome existant simultanément dans les différens tissus d'un même organe et les différens degrés de transition où l'on reconnaît, comme agent principal, le développement de nouveaux vaisseaux, l'épanchement de sang ou de sérosité, etc. Cette manière de concevoir le cancer explique cette multiplicité d'aspects qui fait le désespoir de tous ceux qui, s'occupant d'anatomie pathologique, veulent classer les cas qu'ils rencontrent. Il n'est pas inutile cependant de reconnaître les variétés indiquées plus haut; leur développement n'offre pas le même degré de rapidité; elles n'ont pas toutes la même tendance à se reproduire, et ces circonstances sont importantes au moins pour l'histoire de la maladie, et quelquefois pour son traitement.

Quant à son mode d'origine, le carcinome peut être un produit de nutrition ou de sécrétion. Dans le premier cas il est déposé comme les éléments nutritifs du sang dans la structure intime des organes ou tissus où on le rencontre; ainsi par exemple, dans le foie il affecte une ou plusieurs des granulations. Celles-ci, en même temps que leur consistance s'accroît, prennent une teinte blanc de lait ou paille; mais leur forme n'est point encore altérée et c'est pour M. Carswell une preuve que la matière hétérologue y est entrée par la même voie que les éléments ordinaires de la nutrition. Ces granulations ainsi transformées se réunissent alors, et forment des tumeurs variables par leur forme et leur volume, où la structure naturelle du foie finit par disparaître entièrement, remplacée par une masse uniforme de l'une ou de l'autre des variétés du carcinome. Dans l'estomac, on voit aisément la matière hétérologue dans les fibres musculaires qui deviennent plus pâles et plus résistantes. Des planches sont destinées à mettre en évidence ces diverses transformations.

C'est par sécrétion au contraire, que se dépose le carcinome à la surface libre des séreuses ; il s'y présente alors sous la forme de tumeur, dont la situation en ces points ne dépend d'aucune cause locale, car la surface ni la texture de la membrane ne sont altérées, mais seulement de l'impregnation de la masse du sang par la matière sécrétée. La matière carcinomateuse existe donc dans le sang. Cela prouvé, M. Carswell essaie de démontrer que c'est dans ce fluide qu'elle se forme ; il s'appuie pour cela sur ce que, non seulement on trouve la matière carcinomateuse dans les tumeurs de mauvaise nature et à leur voisinage, mais encore dans des vaisseaux qui n'ont aucune communication directe avec un organe affecté de la même maladie, comme par exemple, dans une petite étendue de la *veine porte*, et dans du sang épanché dans le tissu cellulaire ou à la surface des organes. Si les artères n'en renferment jamais, cela tient seulement à leur contractilité. M. Carswell, à l'aide de ces faits, s'attache à démontrer que l'affection cancéreuse dépend d'une diathèse et combat les opinions d'Abernethy, de MM. Andral, Cruveilhier et du docteur Hodgkin. On sait que ce dernier admet que le squirrhe, le sarcome médullaire et le fungus hœmatode sont formés par une aggrégation de kystes pedonculés, renfermés dans un autre kyste plus large disposé en forme de membrane séreuse. M. Carswell ne nie point cette disposition pour un certain nombre de tumeurs, mais il en donne une explication dont l'exposé nous entraînerait trop loin. On conçoit très bien du reste, que l'hypothèse des kystes n'est point incompatible avec l'admission d'une diathèse.

Le docteur Carswell abordant ensuite l'histoire des caractères physiques du carcinome, en distingue sous ce point de vue trois espèces principales : la *tubériforme*, elle a l'aspect du pancréas et dépend généralement de l'aglomération de petites tumeurs globuleuses ou pyriformes séparées les unes des autres par un tissu cellulaire ou cellulo-fibreux et enfermées dans une capsule commune.

La *stratiforme*, qu'on rencontre dans le tissu cellulaire sous-séreux. — La *ramiforme*, qu'on trouve surtout dans les reins, là où la matière morbide est déposée dans les veines.

Les parties consacrées à l'exposé du volume, de la consistance, des caractères chimiques et physiologiques du carcinome, sont peu susceptibles d'analyse, quoique renfermant des remarques utiles ; quant aux éléments anatomiques qui se rencontrent dans toute tumeur cancéreuse, ce sont : la matière cancéreuse, en quantité ordinairement considérable, les tissus fibreux, celluleux ou séreux et les vaisseaux sanguins dont les uns pour le scirrhome paraissent des branches émanées des tissus voisins, dont les autres pour le céphalome sont formés indépendamment du système vasculaire de ces tissus environnants et apparaissent à leur origine sous forme de points rouges déliés en divers points des masses morbides, et acquièrent ensuite une distribution en rameau et une forme cylindrique. L'on voit que plusieurs des idées de M. Carswell diffèrent assez de celles qui sont généralement adoptées pour mériter une étude particulière. Nous laisserons à nos lecteurs le soin d'apprécier ces différences. L'espace qui nous est accordé ne nous permet pas d'aller au delà de l'exposition des faits.

4° *Melanome*. — Cette dénomination pour M. Carswell a plus d'applications que celle de mélanose qui n'appartient si l'on s'en tient

à la définition de Laennec qu'à une production mobide *sui generis.* En effet l'auteur anglais décrit dans cette partie de son travail tous les produits ou colorations noirs. Il les sépare en deux groupes, les vraies et les fausses mélanoses. Déjà les mélanoses vraies avaient été pour lui le sujet d'un travail publié depuis quelque temps. Il admet que la source de cette production comme celle des autres produits hétérologues dont nous avons parlé, est dans le sang. C'est dans ce liquide en effet qu'est accumulé le carbone habituellement employé à la coloration des cheveux, du réseau muqueux et de la choroïde. Un fait curieux en faveur de cette manière de voir, c'est que les cheveux blancs sont plus sujets à la mélanose que les cheveux de couleur foncée; mais il est difficile de savoir s'il y a réellement identité entre la matière colorante normale et la production morbide que nous étudions... *Pseudo-melanoses*, la fausse mélanose des poumons est due à l'introduction des particules de charbon avec l'air pendant la respiration; cette opinion déjà émise par Pearson et Laennec, a reçu le sceau de l'expérience de l'analyse de M. Christison, qui a démontré une identité entre la matière noire des poumons et les produits ordinaires de la distillation du charbon, et des recherches de M. Carswell.

D'autres espèces de fausses mélanoses, résultent de l'action d'agens chimiques sur le sang. C'est ainsi que le suc gastrique agissant à travers les membranes de l'estomac et de l'intestin détermine des colorations variées du sang renfermé dans les capillaires et les veines de ces parties. Tantôt ces teintes se présentent sous un aspect ramiforme, tantôt, et c'est plus fréquent à l'intestin dans les capillaires des villosités et dans ceux qui entourent les follicules, sous un aspect ponctué. Ces colorations surtout quand elles occupent les orifices et le pourtour d'un certain nombre de follicules voisins ont souvent été prises pour une inflammation chronique. M. Carswell pense que le seul caractère distinctif est la présence ou l'absence d'un acide dans la portion d'intestin altérée. S'il y a un acide, c'est une pseudo-mélanose : l'on sent que ce moyen doit laisser place à de nombreuses erreurs. La coloration stratiforme s'observe dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à la suite des épanchements de sang. La pseudo-mélanose liquide constitue les vomissemens noirs du cancer, etc. On voit quelquefois du sang se noircir dans la cavité péritonéale, cela tient probablement à l'action de l'hydrogène sulfuré sur le sang à travers les parois de l'intestin. Du reste, la coagulation du sang suffit sans l'intervention d'un agent chimique pour déterminer cette altération dans la couleur, même lorsque le sang est contenu dans ses vaisseaux. C'est ainsi qu'on peut expliquer la production de la matière noire pulmonaire, de celle qui se rencontre avec les tubercules par obstacle à la circulation du poumon. Celle des glandes bronchiques est due à la même cause; si on la rencontre plus fréquemment chez les sujets âgés, on la trouve aussi fort souvent chez les sujets jeunes affectés de phthisie.

Nous terminerons ici cette analyse bornée aux quatre premiers fascicules. En revenant sur les autres, nous aurons l'occasion d'examiner le plan de l'ouvrage et les idées de l'auteur sur les lésions morbides en général. A. G.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

FÉVRIER 1837.

Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius ; par M. DIDAY, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

Les notions précieuses que Dupuytren nous a laissées sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius, et les travaux de MM. Malgaigne et Goyrand, qui ont fait de cette affection l'objet de recherches toutes spéciales, semblent, au premier abord, devoir faire considérer comme superflue toute étude ultérieure sur une matière si savamment exploitée et si approfondie. Mais un résultat important, et qui frappera sans doute les personnes auxquelles cette partie de la chirurgie est familière, c'est que malgré les nombreux mémoires qu'a fait naître son étude, le traitement, malgré toutes les modifications proposées, est resté le même. Aujourd'hui, comme du temps de Dupuytren, constamment un temps fort long s'écoule entre la levée de l'appareil et l'époque à laquelle les mouvements ont repris leur entière facilité, et la thérapeutique chirurgicale n'a contre cet inconvénient que d'impuissantes ressources. Témoin des longueurs qui retardent toujours le moment de la guérison définitive, j'en recherchai les causes, soupçonnant que pour produire

un effet aussi prolongé il fallait qu'elles fussent d'une nature différente de celles qui amènent un résultat analogue, il est vrai, mais beaucoup moins marqué dans toutes les fractures voisines des articulations. Je crois avoir trouvé cette cause, ainsi que le moyen d'y remédier, et je vais les faire connaître, après avoir indiqué quelques particularités intéressantes auxquelles m'ont conduit ces recherches.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius et de celle du péroné ont été assez souvent comparées entr'elles ; mais ce rapprochement, qui doit à la vérité servir à en faciliter l'étude, ne peut, ce nous semble, soutenir un examen sérieux : on trouve en effet de nombreuses différences dans la disposition anatomique des parties, le mécanisme de la fracture, celui du déplacement, soit primitif, soit consécutif, et enfin dans la méthode de traitement à préférer dans l'une ou l'autre de ces fractures. Le pied, étroitement et profondément emboîté dans l'articulation tibio-tarsienne, ne permet pas à l'astragale d'y exécuter des mouvements de latéralité, et la profondeur de la mortaise malléolaire fait que chacun de ces bords est exposé à supporter de fortes pressions lors des moindres mouvements du pied dans ce sens. Il n'en est pas de même au poignet : nous trouvons au contraire, dans cette articulation, une cavité large et superficielle, dont les bords n'opposent aucune résistance aux mouvements étendus par lesquels la main se porte dans l'abduction ou l'adduction. Nous pouvons déjà conclure de cette première différence, que si la pression, dans le sens transversal du bord externe du pied contre le péroné est toujours l'agent des fractures de l'extrémité inférieure de cet os, on ne peut invoquer, même comme secondaire, l'action d'une cause semblable dans les fractures qui affectent la partie correspondante du radius, puisque le peu d'élévation du bord qui termine sa cavité articulaire le met toujours à même d'éluder la pression de la main contre lui.

Deux sortes de déplacements s'observent en général dans les fractures : l'un, primitif, résulte surtout de la continuation

sur les fragments de la violence par laquelle la solution de continuité a été déterminée ; l'autre, secondaire, dépend soit de l'action des muscles qui s'insèrent au fragment inférieur ou à la partie du membre située au-dessous de lui, soit des mouvements qu'exécute cette partie elle-même ou des pressions qu'elle a à supporter pendant la durée de la consolidation. Nous allons successivement rechercher dans quel sens ces deux sortes de causes tendent à porter le fragment inférieur du radius, en nous éclairant toujours dans cette étude par la comparaison de la fracture en question avec celle du péroné.

Toutes les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont produites par une chute sur le poignet, la plupart du temps sur sa face palmaire, dans un petit nombre de cas sur sa face dorsale. La solution de continuité affecte presque toujours la même direction, de haut en bas et d'arrière en avant ; mais M. Goyrand, qui a signalé avec raison la constance de cette disposition, et qui a bien indiqué aussi les conséquences qui en découlent pour déterminer le sens du déplacement le plus fréquent, n'a pas, suivant nous, assez insisté sur le mécanisme de la fracture. On sait que cette fracture est produite par le poids du corps agissant sur le radius par l'intermédiaire du bras obliquement porté en avant pour prévenir les effets d'une chute sur la face antérieure du tronc. Or, le membre supérieur par lequel est transmis le poids du corps rencontrant le sol dans une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant, il s'ensuit que la force employée à produire la fracture se décompose en deux forces que l'on peut séparer par la pensée pour mieux analyser leur effet : l'une, parallèle au plan du sol, et qui, par cela même, est nécessairement et complètement neutralisée ; l'autre, perpendiculaire à ce même plan, et par conséquent la seule qui puisse agir. Mais cette force verticale rencontrant le radius dans la situation oblique où il se trouve naturellement porté au moment de la chute, il est clair que la solution de continuité, devant, comme dans toutes les fractures par contre-coup, affecter la même di-

rection que celle de la force qui la détermine, se fera ici suivant une ligne oblique en bas et en avant par rapport au radius considéré dans la position qu'il occupe sur un sujet en station verticale. Ces détails, d'une précision mathématique, nous ont semblé nécessaires pour mieux faire comprendre comment il arrive que les fractures du radius s'opèrent constamment dans le même sens; ils rendront aussi plus facile peut-être la conception des cas dans lesquels la fracture s'effectue suivant une direction tout-à-fait opposée, c'est-à-dire, oblique en bas et en arrière. Si notre interprétation est fondée, ne nous conduit-elle pas à penser que ces cas sont précisément ceux où la fracture avait eu lieu à l'occasion d'une chute faite sur la face dorsale du poignet? La rareté de cette circonstance, comparée à la rareté non moins grande de l'espèce de fracture que nous venons d'indiquer, serait encore une raison de plus pour faire admettre l'explication proposée.

Le déplacement qui suit cette fracture peut être attribué aux deux ordres de causes que nous avons mentionnées, savoir, l'action persistante sur le fragment inférieur de la cause vulnérante, et la contraction musculaire. Quelle que soit la part que prenne au déplacement chacune de ces causes, que celui-ci soit primitif ou consécutif, il faut du moins reconnaître qu'il a toujours lieu dans la seule direction que puisse lui permettre l'obliquité particulière de la fracture, c'est-à-dire, en arrière et en haut. Le premier de ces déplacements est généralement admis, mais nous ne trouvons pas l'autre signalé avec assez de soin par les auteurs que nous avons cités. Il est néanmoins hors de doute que ce mode de déplacement est possible, et de plus qu'il a effectivement lieu à des degrés différents dans le plus grand nombre des cas. La possibilité du raccourcissement établit même un trait distinctif de plus entre les fractures du radius et celles du péroné. Dans celles-ci, en effet, le pied qui, comme la main pour le radius, est un intermédiaire indispensable entre les causes de déplacement et les os qui le subissent, le pied, dis-je, s'articulant avec le

tibia, ne peut, bien que pressé de bas en haut par la résistance du sol au poids du corps, abandonner sa surface articulaire ; il peut seulement se tourner plus ou moins en dehors : aussi le raccourcissement du péroné n'est-il jamais considérable, et même si, rigoureusement parlant, on ne peut nier que la longueur totale de l'os ne soit moindre, cette diminution du moins ne résulte que du changement de direction qui s'établit entre ses fragments. Au poignet, au contraire, la main est également portée en haut, soit par le fait même de la chute, soit par les contractions musculaires. Elle tend aussi, comme le pied, à repousser en haut l'os qui lui sert de support ; mais comme cet os est le radius, dont la surface inférieure reçoit presque en entier la surface correspondante du carpe (ce qui a valu à cette articulation le nom de radio-carpienne), les choses doivent se passer autrement qu'au coude-pied. Le fragment inférieur repoussé par la main se porte en haut et en arrière du supérieur, et l'on voit que le raccourcissement du radius, bien différent de celui du péroné, est produit par un véritable chevauchement de ses fragments l'un sur l'autre : aussi est-il en général plus considérable. Cette différence dans le mécanisme de ces deux déplacements nous apprend encore que, s'il suffit de rendre au péroné fracturé sa direction normale pour lui voir reprendre à l'instant sa longueur primitive, la même indication, quelque bien remplie qu'on le suppose, ne parviendra pas à elle seule à rétablir le radius dans sa dimension naturelle.

Les circonstances de la fracture et l'étude des causes du déplacement nous font donc présumer qu'il doit s'opérer un raccourcissement de l'os par le fait du chevauchement de ses fragments; mais nous devons maintenant chercher des preuves plus directes à l'appui de cette assertion : car le raisonnement peut bien faire pressentir un point de doctrine, mais en médecine, et en médecine pratique surtout, on doit d'autant moins se contenter des arguments fournis par cette voie, que l'on peut plus facilement en appeler à l'expérience ; or, je ne

crains pas d'affirmer qu'elle m'est ici tout-à-fait favorable. Parmi tous les cas de fracture du radius dont la consolidation s'est accompagnée de difformité, soit par l'absence, soit par l'imperfection ou l'insuffisance du traitement, je ne me rappelle pas, depuis que j'ai commencé mes recherches sur ce sujet (et l'occasion d'observer de pareilles difformités s'est offerte assez souvent à moi pendant une année passée à la Salpétrière), je ne me rappelle pas, dis-je, en avoir rencontré une seule où la longueur du radius, mesurée sur le vivant, du sommet de l'épitroklée à l'apophyse styloïde, ne fût plus courte de quelques lignes que celle du côté sain. Dans plusieurs cas, parmi lesquels j'en comprends deux où il m'a été donné de vérifier le fait à l'autopsie, le raccourcissement était porté jusqu'à cinq lignes une fois et six lignes l'autre.

Il existe encore dans l'histoire de ces fractures un point sur lequel je désire appeler l'attention; c'est le mode de déplacement de la main. En parcourant le texte des auteurs qui ont fait de cette maladie le sujet particulier de leurs travaux, on reconnaîtra qu'ils sont tous unanimes pour affirmer que la main se porte plus ou moins fortement dans l'abduction, de manière à ce qu'un angle rentrant résulte de la jonction de son bord radial avec celui de l'avant-bras. Je pense au contraire que tel n'est pas le déplacement qui s'observe dans ces cas, et je vais chercher, soit dans le raisonnement, soit dans les faits, des preuves à l'appui de ce que je viens d'avancer.

Les différences que nous avons déjà signalées entre le radius et le péroné, sous le rapport du rôle qu'ils jouent dans les articulations dont ils font partie, doivent encore être rappelées ici; car nulle part, plus que dans la question qui nous occupe, leur appréciation ne peut jeter sur la symptomatologie et le traitement de cette affection, des lumières plus vives.

Si le radius n'était, comme le péroné, qu'une des parties constituantes, qu'un des rebords latéraux de la surface diarthrodiale, il est clair qu'à la suite d'un raccour-

cissement de cet os, la cavité articulaire présenterait dans sa moitié externe une dépression, un manque de niveau, un défaut de résistance ; et la main prenant un point d'appui sur le cubitus, comme le pied sur le tibia, le déplacement du carpe resterait, comme celui de l'astragale, borné à une simple déviation en dehors. Mais une disposition anatomique différente empêche que les choses ne se passent au poignet de la même manière qu'au coude-pied ; car, 1° le radius forme presque à lui seul toute la surface articulaire qui reçoit le carpe ; 2° cette cavité articulaire est assez large et superficielle, les ligamens sont susceptibles d'un alongement assez grand pour que la main puisse y glisser en dehors ou en dedans. L'inspection directe prouve la première de ces deux assertions ; la seconde a aussi été démontrée pour moi par l'expérimentation sur le cadavre, et par l'observation d'un fait où la persistance du ligament triangulaire et des ligamens latéraux après une fracture du radius n'avait pas empêché le déplacement de la main de se produire tel que je vais l'indiquer. Les rapports du carpe avec le radius, et la solidarité qui s'établit par suite entre leurs mouvements respectifs, sont fort bien exprimés dans le dernier mémoire de M. Goyrand, auquel nous empruntons le passage suivant : « La main s'articule avec le radius seul ; trois forts ligamens, l'antérieur, le postérieur et l'externe l'unissent à l'extrémité inférieure de cet os, de telle manière que le carpe doit suivre tous les mouvemens de cette extrémité, et se déplacer avec elle, tout comme celle-ci ne peut manquer de suivre les mêmes mouvemens imprimés à la main. »

La connexion intime qui existe entre le radius et le carpe, et la dépendance réciproque de leurs mouvements qui en est la conséquence naturelle, est donc un fait désormais incontestable. Cela posé, que se passe-t-il si la surface articulaire du radius vient à remonter à la suite d'une fracture de cet os? La main qui ne s'articule qu'avec lui le suivra dans ce mouvement, et, glissant sur le cubitus, avec lequel elle perd tout

rapport de contiguïté, elle subira une véritable transposition en totalité de dedans en dehors, au lieu d'un simple mouvement d'abduction. Il est en effet de toute impossibilité que le déplacement se borne à une déviation plus ou moins prononcée de la main en dehors, puisque le cubitus n'offre pas une surface assez large pour donner un point d'appui suffisant à la moitié interne du carpe, comme le tibia le fournit à l'astragale dans le renversement de cet os en dehors, après la fracture du péroné.

Nous venons de présenter le mécanisme suivant lequel s'effectue le déplacement inférieur, comme s'il se bornait à un simple chevauchement sur le fragment supérieur sans aucun changement dans la direction. Nous savons cependant que le fragment inférieur, tiré en dehors par le long supinateur, et retenu en dedans par le ligament triangulaire, éprouve un mouvement de bascule par l'effet duquel la surface articulaire du radius se trouve plus ou moins portée en dehors; on pourrait donc nous faire le reproche, fondé en apparence, d'avoir négligé de prendre en considération cette obliquité de la surface qui doit nécessairement en produire une semblable dans la direction de la main; mais il nous sera permis de rappeler, d'après M. Malgaigne, que la surface inférieure du radius ne fait pas avec l'axe de cet os un angle droit; que, bien au contraire, si cet axe est considéré comme une verticale, la direction de la surface articulaire est oblique de haut en bas, et de dedans en dehors. Ce fait n'est pas nouveau, mais ses conséquences, relativement à la direction qu'affecte la main dans l'état naturel, ne sont pas aussi généralement connues. En effet, la main s'articulant avec une surface qui présente ce genre d'obliquité, on peut en conclure *à priori* qu'elle doit, dans sa situation normale, se trouver naturellement portée dans une légère adduction: or c'est un fait qu'il est on ne peut plus facile de vérifier; car, en prenant l'axe de la main sur une personne qui n'a pas été prévenue, ou mieux sur un cadavre, et le rapportant ensuite avec celui de l'avant-bras, on

voit que ces deux lignes forment entr'elles au niveau du poignet un angle obtus saillant en dehors ; en d'autres termes, l'axe de l'avant-bras, prolongé jusqu'à l'extrémité de la main, ne coupe pas celle-ci en deux parties latérales d'une égale étendue, mais va tomber au côté interne du doigt indicateur. Il résulte de cette disposition, que le mouvement de bascule du fragment inférieur en dehors ayant changé l'obliquité de la surface articulaire en une direction qui se rapproche de la transversale ou qui peut même l'atteindre, la main primitivement un peu portée dans l'adduction, pourra bien, en suivant le radius, devenir parallèle à l'axe de l'avant-bras ; mais nous pensons que jamais la traction du long supinateur ne pourra faire exécuter au fragment inférieur un mouvement assez étendu pour que la surface articulaire soit oblique en haut et en dehors, et que jamais, par conséquent, la main qui le suit dans ses changements ne pourra se porter dans l'abduction, mais qu'elle restera toujours en ligne droite avec l'avant-bras.

Si nous cherchons dans l'observation des faits la confirmation de ce que nous a suggéré le raisonnement, nous les verrons constamment déposer à l'appui de la doctrine qui vient d'être exposée. J'ai en effet observé un nombre considérable de fractures récentes, je les ai suivies pendant le traitement et après la consolidation ; des circonstances favorables m'ont assez souvent permis de les revoir un certain intervalle de temps après la guérison; j'ai été également à même de voir plusieurs fractures vicieusement consolidées, j'ai pu disséquer quelques pièces de cette dernière catégorie ; les moules en plâtre de membres, pris au moment de l'accident et à diverses périodes du traitement, sont déposés dans les musées et attestent la vérité de mon assertion : savoir que dans aucun de ces cas la main ne se trouvait véritablement dans l'abduction. La saillie exagérée du cubitus et la présence sous la peau de sa face inférieure ordinairement contiguë au pyramidal prouvent que cet os devient alors étranger à l'articulation du poignet. La main, sans conserver sa direction normale, qui est,

comme nous l'avons indiqué, une légère adduction, n'est cependant pas en abduction ; mais son axe est devenu parallèle à celui de l'avant-bras, quoiqu'il ne lui fasse plus suite à cause de la translation que cette partie a subie de dedans en dehors.

Une description faite pour ainsi dire d'après nature sur plusieurs pièces offrant à un degré marqué la difformité caractéristique de la lésion qui nous occupe, servira à résumer l'histoire des changemens matériels que l'on observe à la suite de cette fracture consolidée. Le fait principal est le raccourcissement de l'os : nous l'avons trouvé dans tous les cas, mais variant de 2 à 5 et jusqu'à 6 lignes ; deux fois seulement il était porté à ce dernier degré, et c'est dans l'une de ces deux observations que le ligament triangulaire était conservé. Le second phénomène, qui frappe peut-être même davantage au premier coup d'œil, est le changement de la surface concave que forme le radius à son extrémité carpienne en une surface verticale ou plane : cette extrémité, qui dans l'état normal est recourbée en bas et en avant, se continue dans le cas de fracture avec l'axe de l'os, et la déformation est quelquefois telle que cette extrémité se dirige un peu obliquement en bas et en arrière, de manière à se recourber dans un sens tout-à-fait opposé à celui de sa conformation naturelle. Cette déformation résulte d'un déplacement en arrière produit au moment de l'accident par la cause vulnérante elle-même.

Parmi les modifications survenues aux parties voisines, nous devons indiquer le raccourcissement du cubitus : ce fait à été observé deux fois seulement et dans deux cas où le radius avait perdu 5 ou 6 lignes de sa longueur. Le raccourcissement du cubitus n'était que de 2 ou 3 lignes ; il coïncidait avec d'autres altérations de l'extrémité cubitale que nous décrirons plus loin. Dans un de ces cas, l'apophyse styloïde du cubitus s'articulait avec l'os pisiforme, dont le raccourcissement du radius porté à l'extrême avait facilité le rapprochement jusqu'au contact.

Le carpe, dont la première rangée dépasse ordinairement en avant le plan antérieur des os de l'avant-bras, ayant suivi le fragment inférieur dans son déplacement, est fortement porté en arrière, et, dans cette nouvelle situation, le carpe forme au contraire une saillie à la partie postérieure, et son absence laisse par contre-coup un vide à la partie antérieure.

Enfin le radius, étant porté en arrière, masque la saillie que fait ordinairement le cubitus dans ce sens ; ce dernier os se dessine, au contraire, fortement à la partie antérieure, et ce signe pourrait servir sur le vivant à éclairer le diagnostic quelquefois si difficile de cette maladie.

Telles sont les modifications qu'entraîne à sa suite la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et l'on voit que l'observation anatomique est sur tous ces points parfaitement d'accord avec les résultats qu'annonce la théorie. Mais ces déformations, si manifestes dans les fractures mal traitées ou tout-à-fait abandonnées à elles-mêmes, se trouvent-elles chez les sujets qui ont été soumis à un traitement méthodique ? Plusieurs raisons empêchent qu'on ne reconnaisse directement s'il en est de même dans cette circonstance. Le raccourcissement, qui doit d'ailleurs être si peu considérable après le traitement ordinaire, ne peut guère s'apprécier avec certitude, et les raisons de la difficulté qu'on éprouve à le constater sont d'abord l'engorgement considérable des parties molles qui, masquant les extrémités osseuses, empêche de retrouver avec exactitude pour les mesurer les mêmes points de départ sur l'un et l'autre membres ; de plus il est aisé de présumer que le raccourcissement, s'il existe, ne serait pas aussi prononcé dans le cas que nous avons en vue que lorsqu'il s'agit d'une fracture négligée : or, il n'y a rien de plus commun que de trouver entre les os de l'avant-bras d'un côté et ceux du côté opposé une différence de longueur d'une ou deux lignes, et cette observation est si vraie, que les cas où il existerait une égalité parfaite entre les os de chaque côté devraient être regardés comme exceptionnels.

Des recherches assez nombreuses sur ce point nous ont conduit aux résultats suivants : 1° il existe toujours une différence de longueur entre les os de l'avant-bras d'un côté et ceux de l'autre ; 2° cette différence est fréquemment portée jusqu'à deux ou trois lignes ; 3° elle est le plus souvent à l'avantage des os du côté droit. Nous avons, bien entendu, tenu compte de cette particularité dans nos mesures dès qu'elle nous a été connue, ne comparant plus un radius avec celui de l'autre côté sans avoir d'abord appris, par la mensuration des cubitus, quelle était la différence de longueur existant avant la fracture.

Enfin l'abduction du fragment inférieur, rapprochant l'apophyse styloïde du radius de l'épitrochlée, peut encore en imposer pour un raccourcissement véritable de cet os. Comment serait-il donc possible de trouver, au milieu des difficultés d'exploration que nous avons signalées, une différence de longueur qui doit être à cette époque peu considérable.

On conçoit avec ces explications que, si la fracture a été traitée suivant l'un des procédés avoués par l'art, il n'est pas permis dans la majorité des cas de constater, à la levée de l'appareil, l'existence d'un raccourcissement ou du moins d'un raccourcissement véritablement déterminé par les suites de la fracture. Nous devons même avouer que cette impossibilité de trouver en défaut le mode de traitement actuellement mis en usage nous avait d'abord inspiré des doutes sur l'opportunité de la réforme que nous voulions introduire dans une méthode thérapeutique déjà riche de tant d'innovations : plusieurs exemples de raccourcissement bien manifeste, quoiqu'un appareil convenable eût été gardé pendant le temps ordinaire, n'avaient pas même pu nous rassurer sur la solidité des principes que nous croyions voir démentis par chaque nouveau fait où le raccourcissement paraissait douteux. Ce n'est qu'en réfléchissant à la tendance invincible des fragments à chevaucher l'un sur l'autre, tendance dont le résultat est le raccourcissement mis hors de doute aux yeux de

l'observateur dans le cas où cet effort n'a pas été entravé par les secours de l'art, que nous en vînmes à conclure que cette tendance si puissante, n'étant qu'imparfaitement neutralisée par le procédé de Dupuytren, devait produire des effets qui, pour n'être pas toujours également appréciables par les raisons indiquées ci-dessus, n'en existaient pas moins constamment à un certain degré, et que la preuve de leur réalité se trouvait soit dans le raccourcissement lui-même, toutes les fois qu'on a pu les démontrer directement, soit surtout par la gêne constante des mouvements, qui persiste pendant si long-temps à la suite de cette fracture.

Nous avons en effet à dessein renvoyé jusqu'ici l'examen d'une particularité anatomique intéressante, l'altération dans la conformation des surfaces qui concourent à former l'articulation radio-cubitale inférieure, parce qu'elle nous semble capitale pour le traitement. Il est facile de prévoir les changements que doit éprouver cette articulation, si l'on admet avec nous le raccourcissement du radius comme démontré. On comprend que dès-lors la partie supérieure de sa facette articulaire qui reçoit la tête du cubitus, ne correspondant plus à la circonférence de cette tête, ne prendra plus part aux mouvements de pronation et de supination, et perdra par degrés les caractères d'une surface diarthrodiale. Mais, à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'accident, les mouvements de pronation et de supination déterminent, par l'effet du frottement que le radius exerce contre le cubitus, l'alongement vertical de la circonférence articulaire de la tête de ce dernier os, alongement qui, si nous en jugeons d'après l'examen de deux pièces, pourrait être porté jusqu'à deux lignes et demie. L'effort qui détermine à la longue cette augmentation de dimension dans le sens vertical serait ici la pression constante de l'extrémité du radius, pression qui, combinée avec la force déterminant le raccourcissement de cet os, donnerait pour résultante une force à direction oblique en haut et en dedans, telle par conséquent qu'il

faudrait la supposer pour expliquer la déformation consécutive du cubitus. L'alongement de la surface articulaire du cubitus ne peut, ce nous semble, se concevoir qu'en admettant que le raccourcissement du radius nécessaire pour le produire a été, en partie du moins, consécutif; car un raccourcissement primitif du radius aurait produit une luxation véritable, un défaut absolu et permanent de rapport entre ces deux os; tandis que l'on peut très-bien expliquer, comme nous l'avons fait, la déformation du cubitus par le raccourcissement secondaire et graduel du radius, lequel, par ses mouvements de pronation et de supination, vient, pour ainsi dire, se polit peu à peu à lui-même sur le cubitus une surface sur laquelle il puisse librement glisser. Les conséquences pratiques de la déformation que nous venons de signaler sont évidentes, et l'on conçoit bien que les mouvements de pronation et de supination seront d'autant plus gênés que les surfaces entre lesquelles ce mouvement s'opère à l'état normal auront perdu leurs rapports de contiguïté dans une plus ou moins grande étendue. On conçoit de même que ces mouvements pourront à la longue se rétablir presque dans leur intégrité primitive, lorsqu'il se sera fait sur la tête du cubitus, par le mécanisme que nous venons d'indiquer, un travail destiné à lui rendre une conformation susceptible de permettre le rétablissement de ses rapports avec la tête du radius.

Enfin nous terminerons l'exposé de ces considérations anatomiques en appelant l'attention sur un fait que nous croyons fertile en résultats pratiques. Sur tous les radius plus ou moins anciennement fracturés que nous avons pu examiner, nous n'avons jamais trouvé à l'extérieur de ces inégalités qui annoncent un travail de consolidation long et difficile. En outre, après les avoir sciés en divers sens, la surface de la section ne nous a non plus jamais offert de ces lignes de tissu compact dont la présence dénote ordinairement le point où a existé une solution de continuité. Rien, en un mot, dans l'apparence extérieure ni dans la structure intime de ces os

n'annonçait qu'ils eussent été le siége de fractures, et néanmoins les changemens notables qu'ils avaient subis, soit dans leur longueur, soit dans leur direction ; nous empêchaient d'admettre que cette absence des traces que laisse presque toujours à sa suite une fracture, (à moins qu'elle ne soit fort ancienne), fût ici le résultat d'une coaptation parfaite. Si donc, malgré le défaut de rapports exacts entre les fragments, (défaut de rapports prouvé par la conformation vicieuse qu'offrait en définitive l'os affecté), le poli de sa surface et l'homogénéité de sa substance intérieure se rapprochaient de l'état que l'on observe lorsque les fragmens ont pu être maintenus en contact exact, n'était-on pas en droit de conclure que, puisque les vestiges d'un cal nécessairement laborieux n'existaient plus, c'est que le travail de résorption exercé sur les inégalités osseuses qui sont la suite d'une consolidation difficile, avait eu le tems de les détruire en totalité, et que par conséquent cette consolidation s'était terminée dans ce lieu plus tôt qu'elle n'a coutume de l'être partout ailleurs : c'est ce que devait d'ailleurs faire présumer la texture spongieuse et vasculaire de cette extrémité osseuse. Ainsi c'est pour nous un point établi, que la consolidation est, dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, plus prompte que dans toute autre fracture ; nous reviendrons du reste sur ce sujet.

Il est vrai, comme l'a dit M. Goyrand, que la fracture dont il est ici question n'entraîne aucun danger, si par danger l'on entend une influence fâcheuse sur la santé générale ou la vie de l'individu qui en est atteint. Mais si l'on considère seulement les conséquences de cette maladie sur les mouvemens de la main, on restera convaincu qu'il est peu d'accidents de cette espèce qui privent plus longtems les malades de l'usage du membre affecté : il est rare en effet que les mouvements du poignet aient repris toute leur étendue et leur facilité primitive avant trois ou quatre mois d'exercice, et l'on voit fréquemment cette gêne de l'articulation n'être

pas encore dissipée après le sixième mois : ce sont là des inconvéniens trop constans pour n'avoir pas frappé tous les praticiens, et trop graves pour ne pas mériter d'être pris en sérieuse considération. Nous ne croyons pas qu'on puisse les attribuer uniquement à l'engorgement des parties molles, engorgement qui, existant au niveau même de l'articulation, doit gêner ses mouvements. Sans doute cette cause exerce aussi son influence, mais la raideur est ordinairement portée à un tel degré, elle se prolonge toujours si long-temps, qu'on ne peut, suivant moi, se refuser d'admettre, parmi ses causes, quelque chose de plus que les circonstances qui la produisent aussi, mais à un degré moins prononcé dans toutes les lésions de cette espèce qui ont leur siége près des articulations. Or, si l'on se rappelle d'un côté les changements que nous avons indiqués dans la conformation des surfaces de l'articulation radio-cubitale inférieure ; si, d'autre part, on fait attention que les mouvements dont la gêne est la plus manifeste et persiste le plus longuement ne sont pas ceux de flexion et d'extension du poignet, mais bien ceux de pronation et de supination, on sera vraisemblablement porté à conclure que l'accident dont nous parlons est spécialement déterminé par le changement de rapport de la surface articulaire du radius avec celle du cubitus, changement qui a beaucoup d'analogie avec une luxation incomplète, et exerce sur les mouvements une influence tout aussi marquée. On trouve encore une preuve de l'importance de cette dernière cause dans la précaution tout-à-fait instinctive qu'ont la plupart des malades de s'entourer, après la consolidation, le poignet affecté avec une bande fortement serrée, dans le but de fournir un nouveau point d'appui au radius dans les mouvements qu'il exécute autour du cubitus, et de remplacer, par cette compression extérieure, la solidité que donne dans l'état normal aux mouvements de cette articulation l'emboîtement de la tête du cubitus dans la cavité du radius.

Dupuytren, considérant comme principal déplacement ce-

lui qui se fait suivant la direction et par lequel le fragment inférieur se dévie en dehors, n'avait cherché à lutter que contre lui, et l'on peut facilement s'assurer, en analysant le mode d'agir de son attelle cubitale, qu'elle ne pouvait que très-imparfaitement neutraliser la force qui porte les deux fragments à chevaucher l'un sur l'autre. La force par laquelle le fragment inférieur est tiré en bas, consiste seulement dans un mouvement de bascule qu'on cherche à imprimer à ce fragment par l'intermédiaire de la main et du ligament latéral externe. Mais dans quelle partie de cet appareil trouve-t-on le point d'appui, condition indispensable pour l'application d'une force de ce genre? nous pouvons ici nous éclairer encore par le mécanisme de l'appareil employé contre la fracture du péroné, et les déductions fournies par ce rapprochement seront d'autant plus probantes, que c'est sans doute dans cette comparaison elle-même que Dupuytren avait puisé l'idée d'un appareil si semblable en apparence. Mais remarquons que le radius à son extrémité inférieure est l'analogue non du péroné, mais du tibia, puisque le carpe s'articule avec cet os comme l'astragale avec le tibia : ainsi, le pied attiré dans le renversement en dedans peut bien agir sur le péroné puisque la surface du tibia lui offre un point d'appui qui l'empêche de remonter, tandis qu'au poignet la main portée dans l'adduction ne trouve pas plus d'obstacles à remonter, que le pied n'en éprouverait après la fracture du tibia, puisqu'elle a perdu ses rapports avec le cubitus dont la surface, même en admettant la conservation des rapports naturels, serait trop étroite pour prêter un point d'appui solide à une partie convexe et glissante, comme l'est la partie supérieure du carpe. La main, dans le cas de fracture, accompagnée d'un raccourcissement primitif du radius, prend donc ce point d'appui sur la partie interne de la surface articulaire du radius, tout en tirant en bas sa moitié externe, et l'on voit que l'effort par lequel elle est portée dans l'adduction sert uniquement à rétablir la direction normale de cette surface, sans

pouvoir contribuer en rien à l'alongement du radius. Les modifications qu'on a fait subir à l'appareil de Dupuytren n'en différant qu'en ce que leur effet, exactement le même, est seulement moins énergique, nous ne nous arrêterons pas à en démontrer l'insuffisance. Disons cependant ici que M. Goyrand nous semble avoir, le premier, eu entrevu l'indication principale, lorsqu'il assimile l'action de son attelle palmaire sur la main à une extension permanente. Mais, si nous avons trouvé l'appareil de Dupuytren tout-à-fait incapable de s'opposer au déplacement suivant la longueur, nous devons aussi dire que la modification de M. Goyrand, quoique partant de vues plus conformes aux vrais principes, nous semble encore insuffisante pour obtenir ce qu'elle promet. M. Godin, interne à l'hôpital Necker (1), qui avait, en même temps que nous, reconnu la nécessité d'appliquer l'extension permanente au traitement de cette fracture, a fait construire, suivant cette indication, un appareil dont quelques succès ont déjà prouvé la parfaite convenance.

Le besoin de rendre au radius sa longueur primitive nous paraissant la plus impérieuse des indications, nous croyons qu'on devrait exercer sur son extrémité inférieure une traction convenable en se servant de la main comme d'un intermédiaire entre les forces extensives et les parties qui doivent en supporter l'effort. Ce serait, comme on le voit, un appareil à extension permanente, mais conforme pour la direction et le mode d'application des forces à ceux que nous connaissons déjà et que l'on applique journellement aux extrémités inférieures ; on pourrait facilement y ajouter une traction de dehors en dedans destinée à remplacer la main dans ce dernier sens.

---

(1) Plusieurs des pièces dont nous avons parlé, et en particulier, de celles qui démontrent le raccourcissement du radius et les changements survenus dans l'extrémité inférieure du cubitus, appartiennent à M. Godin, et c'est d'après leur examen qu'il a été conduit à quelques idées analogues aux nôtres.

Telle serait sans doute la méthode la plus rationnelle pour prévenir le raccourcissement : mais l'application d'un appareil construit sur ces principes nous a offert de telles difficultés, résultant surtout de la douleur qu'occasionait l'extension dont il fallait nécessairement placer les agens très-près du lieu de la fracture, que nous avons été obligés d'y renoncer. L'idée d'exercer une extension continue ne nous en semble pas moins un principe excellent, et nous n'abandonnons pas l'espérance de voir surmontés par nous-même ou par d'autres les obstacles qui s'opposent à son emploi. Mais pour nous renfermer dans les limites de ce qui nous semble actuellement possible, nous croyons que la perfection dont est susceptible le traitement ordinaire, consiste en trois points essentiels : 1° l'exactitude de la réduction qui, rémédiant au déplacement principal, savoir celui qui a lieu primitivement, contribuera beaucoup à rendre en définitive à l'os sa longueur naturelle ; 2° la précaution de modifier l'appareil de manière à ce que l'attelle antérieure (droite) ne descendant que jusqu'à un demi-pouce au-dessus de la surface articulaire du radius, l'extrémité de cet os puisse être repoussée en avant par l'attelle postérieure (courbée sur ses bords) au-dessous de laquelle on place dans cette intention, et vis-à-vis l'endroit correspondant au point où se termine en bas l'attelle antérieure, un épais tampon formé par les compresses graduées repliées sur elles-mêmes : cette précaution, ainsi que celle de prolonger l'attelle postérieure jusqu'au niveau de la partie moyenne du métacarpe, a pour but de rendre à l'os fracturé la courbure normale de son extrémité carpienne. 3° Enfin une indication qui a été jusqu'ici trop négligée, et à laquelle on a même dans ces derniers temps formellement contrevenu, c'est celle dont nous croyons avoir établi plus haut la justesse, lorsque nous avons cherché à prouver que la consolidation de cette fracture s'effectuait plus promptement que celle de toute autre lésion de la même espèce. Si en effet ce principe est vrai, il est évident que le long intervalle de temps pendant lequel on laisse

12..

l'appareil est non seulement inutile, mais véritablement nuisible et très-nuisible, en condamnant au repos une articulation dont toutes les parties ont déjà assez de tendance à s'engorger. C'est de cette inaction intempestivement prolongée, ainsi que du raccourcissement de l'os, si fréquent et presqu'impossible à prévenir complètement par le mode de pansement ordinaire, que résulte, suivant nous, la longueur du temps pendant lequel les malades sont, à la suite de cette fracture, privés du libre exercice des mouvements du poignet affecté.

En nous conformant à ces idées, que la théorie nous avait conduits à regarder comme fort utiles, nous avons, au mois de juillet dernier, traité à l'hôpital Beaujon un homme affecté de fracture au radius gauche : le raccourcissement primitif était de trois lignes, l'appareil fut définitivement levé dès le vingt-troisième jour de l'accident, aucune douleur ne se manifestait alors autour de la partie malade, et au bout de huit à dix jours l'individu jouissait de la plus grande partie des mouvements de l'articulation radio-carpienne et de la radio-cubitale, après un traitement dont la longueur totale avait à peine égalé la durée de temps pendant lequel on laisse ordinairement l'appareil appliqué (puisque le terme moyen de Dupuytren était de trente-deux jours) : le raccourcissement, autant qu'on en put juger à cette époque, était presque totalement effacé.

Nous croyons utile de discuter encore ici une question soulevée par M. Goyrand à la fin de son dernier mémoire, celle de l'opportunité d'un traitement propre à prévenir toute difformité. M. Velpeau, se fondant sur ce que les malades dont la fracture a été négligée finissent, malgré la difformité qui en résulte, par recouvrer à la longue la liberté des mouvements, considérant de plus que l'immobilité et la compression des parties que nécessite un traitement prolongé assez long-temps pour donner au membre une conformation satisfaisante, sont une cause bien suffisante pour expliquer la raideur et la gêne qu'on observe dans les mouvements du poignet, chez les indi-

vidus dont la consolidation est la plus régulière, M. Velpeau, dis-je, a soutenu qu'on pourrait sans inconvénient, et même peut-être avec avantage pour le malade, abandonner cette fracture à elle-même. Les succès relatés dans les ouvrages de chirurgie antérieurs à Dupuytren, alors que cette fracture méconnue était traitée comme une luxation, ne semblent-ils pas déposer en faveur de cette doctrine? Aux objections présentées par M. Goyrand contre cette manière de voir, j'ajouterai que d'abord il est, parmi les personnes d'un certain rang, parmi les femmes surtout, beaucoup de malades pour lesquels une pareille difformité serait fort pénible, et qui préféreraient sans doute acheter la conformation bien régulière d'une partie aussi souvent exposée aux regards, par les longueurs d'un traitement prolongé et la gêne des mouvements même pendant un temps assez long. J'accorde, à la vérité, que des considérations toutes contraires devraient engager le chirurgien à adopter à l'égard des personnes dont le travail des mains est l'unique ressource, le mode de traitement qui, tout en laissant subsister une légère difformité, leur rendrait le plus tôt possible l'usage d'un membre si nécessaire. Cette distinction semble d'abord tout concilier : elle ne serait cependant admissible que dans le cas où l'on supposerait que la longueur du traitement est l'unique cause de la gêne des mouvements. Or, nous avons vu que la difformité, en changeant les rapports normaux des surfaces qui constituent l'articulation radio-cubitale, contribuait pour beaucoup aussi, du moins pendant un certain temps, à empêcher le jeu de cette articulation dans la pronation et la supination. Il n'y a donc plus lieu à choisir, suivant les individus, entre la difformité avec prompt rétablissement des mouvements d'une part, et la bonne conformation suivie de roideur de l'autre part, puisque l'on a dans la modification que nous avons proposée un moyen d'assurer simultanément une bonne conformation, puis, et comme conséquence de ce résultat, le retour sous bref délai des mouvements du poignet dans leur intégrité.

Ainsi, l'on voit que pour nous le point capital du traitement est de rendre au malade le plus tôt possible la facilité et l'étendue naturelle des mouvements du poignet. La régularité de la conformation ne serait à nos yeux qu'un avantage secondaire, si nous pensions qu'elle ne pût contribuer en rien à obtenir le retour des mouvements. Or nous avons cherché à démontrer dans ce mémoire que le rétablissement des mouvements est principalement retardé par la consolidation des fragments du radius dans une disposition vicieuse par rapport au cubitus, et nous croyons que les modifications proposées par nous, relativement à la disposition de l'appareil et à la durée de son application, doivent être prises en considération, si l'on veut apporter dans le traitement de cette maladie la perfection dont il est susceptible, et c'est comme remplissant mieux qu'un autre les deux conditions principales de prévenir la difformité et de rétablir plus promptement les mouvements de l'articulation, que nous recommandons spécialement cette méthode aux praticiens.

Observation remarquable de plaie du cou, avec lésion de la veine jugulaire interne, par le docteur TACHERON ; *suivie de réflexions sur les blessures de cette veine.*

Coup de poignard pénétrant dans le pharynx à travers la membrane thyro-hyoïdienne du côté gauche ; blessure de la paroi postérieure du pharynx et de la veine jugulaire interne droite par la pointe de l'instrument ; phlébite et pleurésie consécutives ; mort.

Le 23 novembre dernier, sur les onze heures du matin, un individu se présente au domicile de Mlle Levasseur, âgée de 51 ans, rentière, demeurant rue Hautefeuille, n° 16, sous le prétexte de lui procurer l'acquisition d'une maison, et après une demi-heure environ d'un entretien confidentiel, il se jette tout à coup sur cette demoiselle, la terrasse, lui porte dans le cou plusieurs coups de poignard, et la laisse ensuite pour morte dans la cuisine de son appartement. Appelé immédiatement après la consommation de cet

assassinat, voici la situation dans laquelle je trouvai Mlle Levasseur :

Pâleur extrême; traits de la face décomposés; pouls petit, à peine sensible au toucher; yeux ternes; respiration fort gênée et sifflante; froid glacial de tout le corps; la malade ne prononce que des paroles entrecoupées, suivies de plaintes continuelles. Les vêtemens sont recouverts d'une grande quantité de sang en partie coagulé et liquide, indépendamment de ce qui s'est épanché sur le carreau de la cuisine, qu'on peut évaluer à trois livres. Cette perte de sang provenait des plaies extérieures, dont voici la description :

1° Plaie profonde située à la partie latérale gauche du cou, immédiatement au-devant de la saillie du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, à lambeau triangulaire, évidemment le résultat de coups de poignard ayant fait deux incisions de la peau dont les bords sont réunis dans la partie supérieure, et séparés inférieurement par un intervalle de quatre lignes environ. Chacune de ces plaies qui, par leur réunion, ne forment qu'une blessure, est longue de douze lignes, et dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. L'ouverture de cette plaie est béante, un peu oblique de haut en bas, de manière à offrir un écartement qui peut permettre l'introduction assez profonde du doigt indicateur de la main droite.

2° Autre plaie linéaire s'étendant depuis la partie antérieure supérieure latérale droite du cou, jusque sur les cartilages du larynx, offrant trois pouces et demi de long sur deux lignes et demie de profondeur.

3° Meurtrissure avec excoriation linéaire de la peau, située à la partie antérieure moyenne et supérieure du cou, au-dessus des cartilages du larynx, ayant deux pouces de long sur deux lignes de large.

4° Petite plaie n'intéressant que la peau, sur le bord inférieur et moyen de l'os maxillaire inférieur gauche, de sept lignes de long sur deux lignes de large : la partie supérieure de cette blessure est plus large en haut de deux lignes, tandis qu'elle se rétrécit en bas et se termine en pointe dans sa partie inférieure.

5° Excoriation linéaire sur le bord supérieur de la clavicule droite, ayant 18 lignes de long sur une ligne de large.

6° Autre excoriation linéaire sur la partie antérieure et moyenne du bord supérieur de l'os sternum, d'un pouce de long sur une ligne de large.

7° Tumeur oblongue et longitudinale située à la partie latérale

droite du cou, offrant l'aspect et le volume d'un œuf de poule, d'une teinte bleuâtre, ayant deux pouces de long sur un pouce et demi de large, paraissant être le résultat d'un épanchement sanguin sous le tissu cellulaire cutané et les muscles du cou.

8° Un peu plus bas que la tumeur ci-dessus décrite, huit petites excoriations de la peau avec ecchymose, offrant de deux à quatre lignes d'étendue, de forme demi-circulaire, et ressemblant assez à l'empreinte des ongles d'une main étrangère.

9° Plaie située à la partie interne du doigt indicateur de la main droite sur l'articulation même de la troisième phalange, avec division des ligamens articulaires ; autre petite blessure située entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche.

10° Légères ecchymoses situées à la partie supérieure et interne des cuisses, près de l'aine, et sur la région épigastrique.

La blessure du côté gauche du cou faisant craindre une terminaison fâcheuse, précédée d'une hémorrhagie mortelle, nous sommes restés en permanence chez la malade, afin de remédier, autant que possible, aux symptômes graves qui pourraient se manifester.

A deux heures de l'après-midi, Mlle Levasseur avait repris toute sa connaissance ; la respiration était moins gênée ; le pouls un peu relevé : il y avait des vomissements fréquents d'une assez grande quantité de sang noir en partie liquide, en partie coagulé ; l'air s'échappait de la plaie extérieure du côté gauche, avec un certain sifflement ; les liquides introduits goutte à goutte dans l'arrière-bouche s'échappaient peu de moments après, par le côté gauche du cou ; les extrémités inférieures et supérieures étaient froides, il y avait assez souvent des syncopes.

A huit heures du soir, la respiration devint plus embarrassée ; il y eut beaucoup d'agitation. La malade, tourmentée par la crainte d'une fin prochaine, insista alors avec persévérance pour faire immédiatement son testament. Cette pénible opération, qui dura trois heures consécutives, ne fut néanmoins suivie d'aucun accident grave ; seulement il y eut immédiatement après une longue syncope.

Dans la nuit du 23 au 24 novembre, le sommeil fut nul, les vomissements de sang continuèrent, la déglutition des boissons fut toujours difficile ; il y eut une grande agitation morale, avec sueurs froides, respiration haute, entrecoupée et sifflante, syncopes fréquentes, soif ardente avec impossibilité d'y satisfaire, la présence des boissons déterminant aussitôt des hoquets, une toux précipitée, de la strangulation et des vomituritions.

Le 24, pouls très-fréquent mais moins petit, extrémités infé-

rieures moins froides, déglutition toujours très-pénible ; la malade ne peut boire que goutte à goutte, et encore une partie des boissons, s'arrêtant à la hauteur de la blessure du côté gauche du cou, vient ensuite s'échapper à travers les bords extérieurs de la plaie. La prostration des forces est extrême : insomnie complète, céphalalgie, décubitus dorsal ; toux fréquente avec expectoration légèrement sanguinolente, respiration toujours précipitée et râlante, vive sensibilité à la région épigastrique, excitation nerveuse très-prononcée avec une grande inquiétude morale ; syncope, aussitôt qu'on imprime au lit de la malade la moindre secousse. Dans la soirée, Mlle Levasseur donne avec une précision remarquable le signalement le plus complet de son assassin ; elle raconte aussi les principales circonstances de sa lutte avec ce scélérat.

Le 25, l'appareil qui avait été posé le jour de l'assassinat est levé en présence de M. le professeur Velpeau : la plaie du côté gauche du cou présente un aspect blafard sans la moindre apparence de suppuration ; on se contente dès-lors de changer les linges, d'enlever le sang coagulé et la charpie. Le gonflement considérable du cou et les vives douleurs qui se manifestent dans toutes les parties lesées, nécessitent l'application continuelle de fomentations émollientes rendues légèrement résolutives par l'addition d'un peu d'eau-de-vie camphrée ; des boissons adoucissantes et le repos le plus absolu sont également prescrits.

Dans la journée, malgré nos recommandations les plus positives, la malade s'agite et se tourmente beaucoup de ce qui se passe dans son ménage, elle s'occupe de ses affaires particulières et s'emporte aussitôt qu'on n'accède pas à ses moindres désirs. La respiration est toujours fort gênée, le pouls fréquent et petit, l'expectoration abondante ; l'introduction de quelques gouttes de boisson dans le pharynx détermine aussitôt une toux fort vive, et la malade est alors forcée de les expulser ; la soif est toujours ardente ; le cou est fort gonflé, ce qui rend la déglutition des plus pénible.

Le 26, pouls donnant 136 pulsations par minute, respiration toujours élevée et sifflante, toux fréquente suivie d'une expectoration muqueuse mêlée de stries purulentes et sanguinolentes ; soif vive, douleurs abdominales, insomnie complète, pâleur extrême de la face, syncopes assez fréquentes, par intervalle vive oppression avec menace de suffocation ; la malade demande alors avec instance et impérieusement de respirer l'air extérieur, d'ouvrir les fenêtres de sa chambre à coucher. La plaie du côté gauche du cou

suppure : sur le côté externe on distingue facilement les pulsations de l'artère carotide primitive gauche; du fond de cette blessure s'échappent aussi des bulbes d'air; la tumeur sanguine du côté droit du cou ne présente rien de particulier.

Le 27, l'état de la malade est à peu près le même que le 26; la nuit a été assez mauvaise : une toux intense très-fréquente, accompagnée d'une expectoration muqueuse et purulente, l'a continuellement tourmentée; la déglutition semble néanmoins moins pénible, quelques liquides parviennent dans l'œsophage et l'estomac; le pouls est toujours petit et accéléré, la respiration gênée avec étouffements fréquents; à chaque pansement il s'échappe du fond de la plaie, des bulles d'air et du pus; la charpie et les compresses sont imbibées des boissons prises par la malade.

Le 28, aucun changement notable dans la situation de Mlle Levasseur; déglutition toujours pénible et difficile, nausées fréquentes sans vomissements, expectoration assez abondante et douloureuse; agitation extrême avec insomnie complète; plusieurs évacuations assez abondantes mêlées d'une grande quantité de sang noir exhalant une odeur très-fétide; plaie du côté gauche du cou ayant un aspect peu rassurant, chairs blafardes, pus d'un jaune sale et exhalant beaucoup d'odeur, mélangé de quelques stries sanguinolentes; moral inquiet, idées sinistres, crainte d'une mort prochaine. On panse et on lave la plaie avec une décoction de quinquina et l'onguent d'Arcæus.

Le 29, nuit mauvaise, agitée, avec insomnie; deux à trois selles abondantes toujours sanguinolentes précédées de vives coliques; prostration des forces très-prononcée, toux et expectoration plus abondantes. Dans la journée à la suite de douleurs abdominales assez aigües, trois autres évacuations alvines, suivies de syncopes fréquentes, d'étouffements plus rapprochés; déglutition paraissant moins pénible, pouls très-petit, mais accéléré. Le soir à huit heures, frisson d'une heure, auquel succède une chaleur assez vive; respiration haute et sifflante, soif vive et ardente; plaie du cou offrant toujours un aspect assez mauvais; les liquides ne semblent plus s'échapper par la blessure (Lav. émoll.; potion calmante). Dans la soirée, la malade exige impérieusement l'application de deux vésicatoires aux cuisses; le refus des médecins de consentir à son désir la met dans la plus vive agitation; on la trompe alors en lui appliquant deux emplâtres de poix de Bourgogne.

Le 30, faiblesse toujours très-grande; deux selles dans la nuit; insomnie complète; anxiété très-prononcée, respiration moins

gênée, expectoration toujours fréquente, déglutition plus facile : les boissons données par cuillerées à café déterminent bien, en arrivant dans le pharynx, une petite toux avec légères vomituritions ; mais néanmoins une assez grande partie des liquides parvient dans l'estomac. La tumeur du côté droit du cou tend à se résoudre de plus en plus ; la plaie du côté gauche suppure assez abondamment ; les chairs ont un meilleur aspect ; le pus est de bonne nature. Le soir, frisson d'une heure, suivi d'une chaleur avec légère moiteur ; rêvasseries passagères ; moral plus calme ; quelques cuillerées d'eau de poulet passent assez facilement.

Le 1er décembre, nuit assez calme, pouls petit et fréquent, respiration moins précipitée et moins sifflante ; par intervalle somnolence, rêves fatigans, toux plus rare, expectoration assez facile. Deux selles dans la nuit. La malade s'est fait ôter ses emplâtres des cuisses, en les remplaçant d'abord par l'écorce de garou, puis par de la pommade épispatique. Le soir, retour du frisson, suivi de chaleur, agitation plus prononcée, pouls plus accéléré ; la malade se découvre à chaque instant et demande à respirer l'air extérieur.

Le 2 décembre, nuit mauvaise, agitée ; respiration précipitée et sifflante ; pouls plus fréquent, insomnie complète, prostration des forces plus prononcée, moral plus affecté ; plaie du côté gauche du cou suppurant moins ; chairs affaissées et blafardes, pus un peu sanieux ; il s'échappe du fond de la blessure beaucoup d'air ; les linges et la charpie sont très-imbibés par les liquides qui sont sortis plus abondamment par l'ouverture de la plaie, qui elle-même est béante. La blessure du doigt indicateur de la main droite offre aussi un mauvais aspect ; la phalange est mobile et comme détachée de son articulation ; le pus est d'un brun foncé. La pommade épispatique appliquée sur les cuisses a donné naissance à des ampoules et à une suppuration assez abondante. Malgré les plus pressantes sollicitations, la malade ne veut pas qu'on s'oppose à cette suppuration artificielle.

Le 3 décembre, nuit moins mauvaise que la précédente, moins d'agitation ; pouls toujours petit et fréquent, soif vive, faiblesse très-grande, respiration moins sifflante, toux aussitôt que la malade boit, expectoration facile ; plaie du cou suppurant moins, pus de meilleure nature ; celles des cuisses suppurent beaucoup, et on ne peut obtenir de les faire sécher.

Les jours suivants, l'état reste à peu près stationnaire ; pas de sommeil, pouls petit, accéléré, besoin de respirer l'air extérieur ; alté-

ration de la face, prostration; les frissons se répètent tous les soirs à huit heures et durent une heure. (Lav. au bouillon, crême de riz).

Le 5, douleur au côté gauche du thorax. (Cataplasme).

Le 6 décembre, nuit assez calme, respiration haute et sifflante, persistance de la douleur du côté gauche de la poitrine, prostration des forces plus marquée, soif ardente, pouls plus accéléré, enduit fuligineux sur le bord des lèvres; plaie du cou suppurant peu; chairs molles, blafardes et continuellement humectées par les boissons qui s'écoulent en plus grande quantité par la blessure. (Ventouses sur le côté gauche de la poitrine. Cataplasme).

Le 7 décembre, nuit peu agitée; par intervalle, somnolence et rêvasseries fugaces, pouls petit et fréquent, respiration haute et sifflante, déglutition moins facile, traits de la face alongés, soif vive, toux fréquente, syncopes, frissons irréguliers suivis d'un peu de chaleur, puis de moiteur qui bientôt se repercute, la malade se découvrant à chaque instant; plaie du cou semblant s'agrandir et d'un mauvais aspect. Le soir, moral plus inquiet, sentiment d'une fin prochaine; mademoiselle Levasseur demande alors avec instance à faire des changements à son testament : pour se donner toute la force nécessaire, elle prend une cuillerée de vin généreux et supporte avec courage cette nouvelle épreuve, mais peu d'instants après, syncopes fréquentes, prostration extrême des forces.

Le 8 décembre, nuit agitée, délire marqué depuis onze heures du soir, pouls très-petit et précipité, respiration ralentie, déglutition fort difficile, boissons passant avec peine, et menace de suffocation; traits de la face hippocratiques, imminence de la mort; agonie à huit heures du matin, mort à onze heures.

Le lendemain 9 décembre à dix heures du matin, en vertu d'une ordonnance de M. Dieudonné, juge d'instruction, il fut procédé en sa présence et celle de M. Chevalier Lemore, substitut du procureur du roi, à l'autopsie du corps de mademoiselle Levasseur, par les soins de MM. le professeur Velpeau, les docteurs Ollivier d'Angers, West et Tacheron. En voici le procès-verbal.

Autopsie. — Etat extérieur. Emaciation très-prononcée du cadavre, avec rigidité des muscles supérieurs et inférieurs; à la partie antérieure et supérieure du cou, incision transversale presque cicatrisée; sur le côté gauche du cou, plaie oblique de haut en bas, de dehors en dedans, à bords écartés et dont la forme a été décrite dans l'observation qui précède. Au pied droit, sur le bord interne, excoriation desséchée.

En procédant avec le plus grand soin à la dissection de la plaie

du côté gauche du cou, on a reconnu que le trajet de cette blessure était dirigé transversalement de dehors en dedans, qu'il était contigu à la paroi antérieure de l'artère carotide primitive gauche au-dessus de la branche thyroïdienne supérieure; ce trajet pénétrait toujours à gauche dans la membrane thyroïdienne, où il formait une perforation arrondie de trois à quatre lignes de diamètre.

En disséquant à droite du cou, sur la région ecchymosée, on a trouvé que l'épanchement de sang avait eu lieu au-dessous de la peau en même temps que dans les interstices musculaires de cette région. En arrière de la veine jugulaire interne et de l'artère carotide droite, on a aussi rencontré un cûl-de-sac en suppuration, qui était la fin du trajet de la plaie dont nous avons signalé l'ouverture extérieure au côté gauche du col; l'instrument vulnérant avait intéressé la paroi postérieure de la veine jugulaire qui offre une perforation arrondie de deux lignes de diamètre; à cette ouverture était accollé, dans l'intérieur du vaisseau, un caillot fibrineux jaunâtre, qui avait déterminé et produit l'obturation du vaisseau lui-même.

En incisant en bas la veine jugulaire, on a retrouvé la continuation du caillot fibrineux à forme tubulaire et contenant un pus liquide légèrement sanguinolent.

La partie moyenne du trajet de la plaie était située entre la paroi postérieure du pharynx et la face antérieure de la colonne vertébrale où se trouvait une suppuration assez abondante.

Il n'existait pas d'autre ouverture du pharynx que la plaie pénétrante de la membrane thyro-hyoïdienne déjà décrite, plaie qui avait été produite en même temps que la section de la grande corne du cartilage thyroïde du côté gauche.

Le trajet de la veine jugulaire droite ayant été poursuivi jusque dans la veine cave supérieure et dans l'oreillette, on a reconnu que le caillot fibrineux se continuait dans cette dernière, où il s'épanouissait en un caillot rosé et organisé, qui a dû exister nécessairement avant la mort.

Dans l'intérieur du thorax, le poumon droit et la cavité de la plèvre droite sont à l'état sain; à gauche existe une pleurésie avec production de fausses membranes albumineuses.

Tous les organes de l'abdomen étaient à l'état sain.

De cet examen anatomico-pathologique, nous pouvons conclure que la mort, si elle n'a point été produite immédiatement par une blessure d'une nature aussi grave, a été cependant le résultat nécessaire de la blessure de la veine jugulaire droite, par suite de

laquelle il y a eu inflammation de l'intérieur de ce vaisseau et résorption d'une matière purulente. A cette résorption peuvent être attribués évidemment la pleurésie et les autres symptômes qui ont précédé immédiatement la mort.

Cette observation est doublement remarquable, et par la lésion de la veine jugulaire interne et par le trajet de l'instrument vulnérant. Il était impossible, en effet, de soupçonner que la pointe d'un poignard, après avoir traversé la membrane hyo-thyroïdienne, fût allé chercher la veine jugulaire droite, en perforant la paroi postérieure du pharynx, pour glisser entre cette paroi et la colonne vertébrale. La seule circonstance qui eût pu mettre sur la voie du diagnostic, était l'épanchement sanguin du côté droit, et on pouvait l'attribuer à une autre cause. Il en était de même des selles et des vomissements de sang, qui accusaient bien la lésion d'un gros vaisseau, mais ne pouvaient déterminer sa position exacte. Nous ne pensons pas qu'il existe dans la science aucune autre observation analogue. Rarement voit-on les plaies entre le larynx et l'os hyoïde se compliquer d'hémorrhagie. A peine d'ailleurs trouve-t-on indiquée dans les ouvrages classiques la blessure des veines jugulaires, qui y est regardée comme constamment et nécessairement mortelle. A. Paré (1) cite bien un cas de guérison, mais il paraît plus probable qu'il s'agissait d'une plaie de la jugulaire externe. En revanche il y a des exemples nombreux et bien constatés, de morts à la suite de cette lésion. Tantôt l'hémorrhagie a été mortelle immédiatement, comme cela arriva à une jeune fille dont M. A. Séverin (2) nous a conservé l'histoire, et qui mourut d'hémorrhagie pendant l'ablation d'une écrouelle entreprise par un charlatan. Tantôt l'hémorrhagie est survenue tardivement à la suite de la chute d'une escharre ou de la ligature appliquée sur la veine, comme Bohnius et M. Sanson en rapportent des exemples (3); tantôt enfin la mort

(1) Lib. X, ch. XXX.

(2) *De Medecin. efficaci*, obs. 2, cent. 4.

(3) *Des Hémorrhagies traumatiques*, p. 239.

survient par le fait de la phlébite, comme dans l'observation de M. Tacheron. Dans ce dernier cas, l'hémorrhagie s'était arrêtée spontanément. Dans les cas de guérison que citent les auteurs, on a eu recours à la ligature. Hogdson (1) rapporte plusieurs exemples où cette méthode fut employée avec succès pour arrêter le sang qui s'écoulait à flots de la jugulaire interne divisée pendant une opération. Guthrie a rapporté une observation également très-importante : pour réprimer une hémorrhagie provenant d'une ouverture latérale de la veine jugulaire interne, on saisit et on attira avec le *ténaculum* les deux lèvres de la division de la veine, et on les entoura d'une ligature de manière à ne pas interrompre la continuité du vaisseau. Le huitième jour, le sujet ayant succombé à une hémorrhagie artérielle provenant d'une lésion de la carotide, on put examiner la blessure de la jugulaire ; elle était guérie et le canal de cette veine était conservé. Toutes les fois que les circonstances le permettront, il faudra en agir de même ; en effet, la science n'est pas fixée au sujet des effets de l'oblitération des jugulaires sur la circulation cérébrale. Les expérimentateurs n'ont pas obtenu le même résultat, les uns ayant observé des accidents graves à la suite de la ligature de ces vaisseaux, les autres n'ayant rien vu de spécial. Dans les observations déjà citées d'Hogdson, il n'en résulta aucun inconvénient pour les malades. Dans celle que M. Tacheron a communiquée aux *Archives*, l'oblitération de la jugulaire n'a eu aucun effet appréciable sur les fonctions cérébrales. Ici, en effet, l'hémorrhagie, comme on l'a vu, a cessé par la formation d'un caillot que favorisait la profondeur de la plaie, et il est probable que, comme dans les faits précedents, la malade eût guéri si l'inflammation ne se fût étendue au foyer sanguin et de là à la veine. On sait que les plaies des veines ne se réunissent pas directement, mais que d'abord le sang épanché

(1) Trad. franç., t. II, p. 483.
(2) *On the diseases and the injuries of the arteries.*

forme un coagulum sur la plaie. Si par une cause quelconque la suppuration survient, le caillot est déplacé, et l'ulcération s'empare alors des bords de la plaie, en augmente l'étendue et lui donne une forme circulaire. C'est ce qui a eu lieu chez M[lle] Levasseur, sans empêcher en rien la formation du coagulum intérieur et son extension vers le cœur. La blessure était d'ailleurs fort grave indépendamment de toute hémorrhagie. La situation d'une plaie sur la membrane thyroïdienne, est presque toujours, en effet, un obstacle à la cicatrisation, et une suppuration plus ou moins profonde en est la suite. Nous ferons remarquer ici ces frissons si réguliers par leur apparition et leur durée qui revinrent tous les jours à partir du septième après la lésion. Il est difficile de dire quelle a été leur cause, si on doit les rapporter seulement à la formation du pus, dans la plaie située en arrière du pharynx, ou s'ils ont signalé l'invasion de la phlébite. Dans cette dernière supposition, la maladie se serait prolongée bien plus long-temps qu'on ne le voit dans des cas analogues. Il est évident d'ailleurs que la force de résistance de la malade était très-grande, pour qu'elle ait survécu pendant tant de jours à des lésions aussi graves.

Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie ; par M. Mathieu Hirtz, *D. M. à Strasbourg* (1).

La pleurésie est une des maladies qui, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique que sous celui du diagnostic, doit le

(1) M. Hirtz est auteur d'une fort bonne dissertation présentée l'année dernière à la Faculté de Médecine de Strasbourg, et intitulée : *Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la phthisie pulmonaire.* Nous en donnons une analyse dans les dernières feuilles de ce numéro, ainsi que du *Compte rendu de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg*, publié par le même auteur.

plus aux travaux des modernes : les lésions qu'elle entraîne, les signes auxquels on la reconnaît, sont aujourd'hui déterminés avec une exactitude presque mathématique. Cependant diverses circonstances peuvent encore obscurcir ou fausser le diagnostic, jeter dans le doute le praticien rigoureux. L'examen de quelques-unes de ces circonstances fera l'objet de ce mémoire.

§. 1er *Des différents rapports du poumon avec le liquide épanché dans la plèvre, et de leur influence sur les signes diagnostiques.*

L'épanchement produit de l'inflammation de la plèvre est tantôt très-peu abondant, formé par quelques onces de sérosité plus ou moins consistante (épanchement faible); tantôt il est d'une abondance médiocre, d'une à trois livres de liquide (épanchement moyen); tantôt enfin la collection est très-copieuse, et peut aller jusqu'à remplir toute la capacité d'un côté de la poitrine (épanchement considérable). Il n'est pas besoin d'ajouter que la quantité de liquide épanché peut parcourir successivement ces trois degrés d'abondance du plus faible au plus fort, et *vice versâ*.

Or, les observations cliniques et nécropsiques qui vont suivre prouvent que, dans les différentes circonstances qui viennent d'être énumérées, les rapports du poumon avec le liquide, et par suite les signes physiques de la pleurésie, éprouvent des changements importants à noter. Examinons ces changements.

1° *Epanchement faible.* — On peut appeler ainsi celui qui va depuis quelques onces jusqu'à une livre, et même plus : une pareille quantité est très-peu visible dans le thorax; souvent il faut aller la chercher dans la partie toute postérieure où elle se trouve cachée derrière le poumon; *elle ne se répand pas en nappe* entre cet organe et la plèvre costale, et trouve assez de place pour disparaître entre la base du poumon et le diaphragme; aussi, dans ce cas, quand sur un cadavre couché ou assis on dénude la plèvre, on ne sent aucune fluctuation

entre cette membrane et le poumon, et si on la perce même très-bas, aucun liquide ne s'échappe.

2° *Epanchement médiocre.* — Celui-ci occupe déjà une partie notable de la capacité pectorale, et influe visiblement sur la position du poumon. Ici il est très-important pour le diagnostic de distinguer l'époque à laquelle on constate cet épanchement. Lorsque, (et ceci est vrai pour les épanchements hydropiques comme pour ceux qui résultent de l'inflammation) lorsque peu de temps s'est écoulé depuis laformation du liquide et à l'instant où on l'examine sur le cadavre, le poumon ne se trouve point refoulé vers la partie supérieure ; il nage dans le liquide qui l'entoure de tous côtés, et qui forme entre lui et la paroi pectorale une nappe dont l'épaisseur et la hauteur sont en raison de la quantité du liquide. Mais à presque tous les points de la paroi pectorale correspond une portion du poumon, à une profondeur d'autant plus grande que l'épanchement est plus considérable. Cette portion correspondante du poumon vient aussitôt surnager et se mettre en rapport avec la paroi pectorale qui lui correspond, dès que celle-ci se trouve être la partie la plus élevée du plan sur lequel repose le cadavre, comme on peut aisément le constater par la percussion, ou en dénudant la plèvre en quelques endroits. Il en résulte que, dans ce cas, le poumon et le liquide épanché doivent changer de place suivant la position du malade.

Il n'en est pas de même lorsque l'épanchement dure depuis un certain temps, et surtout s'il est chronique : les rapports en sont changés ; dix, quinze jours, un peu plus tôt, un peu plus tard, après que l'épanchement a eu lieu, on ne trouve plus le poumon plongé au milieu du liquide, séparé des parois thoraciques par une lame d'eau. Mais cet organe est ordinairement refoulé à la partie supérieure, à plus ou moins de hauteur suivant la quantité du liquide, qui lui-même occupe exclusivement la partie inférieure, recouvert par le poumon qui forme au-dessus de lui comme une espèce de pont. On peut très-bien alors diviser le côté malade en deux moitiés plus ou moins

égales, dont la partie supérieure est occupée par le poumon, et la partie inférieure par le liquide. Il faut excepter cependant la circonstance où le poumon se trouve enflammé, hépatisé. Alors la pesanteur qu'il a acquise l'empêche de surnager et d'être refoulé, et on le trouve à toutes les époques comme dans le cas précédent, c'est-à-dire, nageant dans la sérosité.

3° Si l'épanchement est très-considérable, on trouve le poumon, à quelqu'époque qu'on l'examine (ce qui demande toujours une dixaine de jours quand la collection est forte), refoulé de dehors en dedans, d'avant en arrière et de bas en haut vers la colonne vertébrale, où il semble pour ainsi dire comme perdu. Si l'épanchement est ancien, le poumon est aplati, flasque, privé d'air; les bronches sont rétrécies. Ce que nous venons de dire suppose l'intégrité antérieure de la plèvre; mais si elle a des adhérences avec le poumon on ne trouve plus rien de constant, et ces rapports sont modifiés en raison de la position dans laquelle se trouve fixé cet organe par les fausses membranes. Ainsi il se trouvera refoulé tantôt en haut, tantôt en bas, suivant l'espèce de liaison qu'il aura contractée avec la membrane séreuse. Ces circonstances anatomiques posées, voyons comment elles influent sur les signes diagnostiques.

1° Si l'épanchement est faible, il en résulte que le poumon n'en est point comprimé latéralement, puisque le liquide ne s'interpose point entre lui et les parois thoraciques. Il s'en suit que, dans la majorité des cas, l'épanchement échappe à l'investigation, car n'altérant d'une manière notable ni la sonorité, ni le bruit respiratoire, il se dérobe à la fois à la percussion et au stéthoscope. Dans quelques cas où il est déjà un peu abondant, il se manifestera vers la base du thorax par une sonoréité douteuse, par une légère obscurité du bruit respiratoire qui ne semble pas venir jusqu'à la surface, et pendant la phonation par une espèce de bredouillement qui n'est point encore de l'égophonie. On sent combien ces signes sont douteux; aussi faut-il une oreille exercée pour *deviner* l'épanchement qui, je le ré-

pète, se dérobe plus souvent à l'exploration. Ce qui en résulte alors, c'est qu'en présence des symptômes évidents de la pleurésie, l'absence des signes de l'épanchement fait diagnostiquer une *pleurésie sèche*. Or, les pleurésies sèches, comme le dit fort bien Laennec, sont extrêmement rares, surtout si elles sont assez intenses pour déterminer la fièvre. Mais ce qui n'est pas rare, et ce qui s'explique par ce que nous venons de dire, c'est que l'épanchement faible est souvent méconnu faute de signes qui le caractérisent. Cela est si vrai, que chez plusieurs sujets qui avaient succombé, les uns à une hydropisie ascite, les autres à une fièvre grave, maladies qui dans les derniers jours s'étaient accompagnées, comme il est fréquent de le voir, de symptômes de pleurésie, nous n'avons, *jusqu'au dernier moment*, pu constater d'altération ni dans la sonoréité, ni dans le bruit respiratoire; et pourtant à l'autopsie nous trouvions quelquefois jusqu'à une livre, et même plus, de liquide, soit séreux, soit séro-purulent. D'autres fois la pleurésie est méconnue, la douleur est rapportée à la pleurodynie, et la maladie peut être négligée jusqu'au moment où des symptômes moins équivoques et plus graves se manifestent.

2° Lorsque l'épanchement est d'une certaine abondance, avons-nous dit, ses rapports avec le poumon varient suivant qu'il est récent ou d'une certaine durée, de manière que dans les premiers temps le poumon plonge dans le liquide, et que plus tard il se retire vers la partie supérieure. Cette double circonstance influe de la manière la plus importante sur le diagnostic. En effet, dans le premier cas le liquide, en contact avec une grande partie de la parei pectorale, détermine une matité toujours très-étendue, et qui se propage rapidement, ce qui fait toujours soupçonner l'épanchement plus considérable qu'il n'est en réalité. La nappe d'eau qui sépare le poumon de la plèvre comprime l'organe respirateur, rend sa surface compacte, efface les vésicules, et empêche l'air de pénétrer au-delà des bronches; de là une respiration bronchique très-intense. Pendant la phonation, l'air produit dans les tuyaux

bronchiques une vibration qui n'est autre chose que la bronchophonie, mais qui, transmise à travers un liquide ondulent, prend ce caractère chevrottant qui l'a fait appeler égophonie. De plus, tous ces phénomènes se déplacent selon les positions du malade.

Ainsi les phénomènes propres à la pleurésie arrivée à cette époque sont la matité étendue, la respiration bronchique et l'égophonie. Cette respiration tubaire existe *toujours* à cette période de la maladie; elle est aussi constante que l'égophonie à laquelle elle est liée aussi intimement qu'elle l'est à la bronchophonie. On a eu tort, ce me semble, de regarder ce phénomène comme exceptionnel ou du moins rare dans les cas d'épanchement; erreur qui provient sans doute de ce qu'on n'a pas distingué les époques auxquelles les circonstances anatomiques lui permettent d'avoir lieu, ou en empêchent la production. Bien plus, dans les cas d'épanchement, la respiration tubaire a encore plus d'intensité que lors de l'hépatisation, et elle s'élève au véritable souffle. Il en résulte que toutes les fois qu'on entend la respiration tubaire dans la pleurésie, on doit diagnostiquer un épanchement dans lequel le poumon plonge encore, et conclure que, malgré la matité étendue, le liquide n'est pas très-abondant, résultat aussi important pour le diagnostic et le pronostic que pour les indications thérapeutiques.

Lorsqu'au contraire est arrivée cette période de l'épanchement où celui-ci est refoulé dans la partie inférieure, tandis que le poumon, par un mécanisme susceptible de diverses explications, étant dégagé du liquide, surnage à son niveau, les signes du diagnostic changent. La matité, auparavant très-étendue, diminue notablement, et se trouve réduite à la partie inférieure. La respiration, qui était bronchique partout, se rétablit à la partie supérieure, et cesse complètement dans les parties déclives, et l'égophonie disparaît ou du moins ne se fait plus guère reconnaître qu'au niveau de la matité, là où le poumon en contact avec le liquide fait vibrer celui-ci. On

s'explique aisément ces changements dans les signes ; mais il peut en résulter une erreur très-grave dans le diagnostic. En effet, le médecin qui a percuté son malade au début et dans les premiers jours de la maladie, et qui l'explorera de nouveau à quelque temps de là, trouvant que la matité, qui avait envahi presque tout le côté, est maintenant réduite à quelques pouces ; que la respiration bronchique a fait place, dans une grande étendue, au bruit respiratoire vésiculaire ; que l'égophonie a disparu ou est limitée, ne manque presque jamais de diagnostiquer la résorption de l'épanchement, sinon en totalité, au moins en grande partie, et il se relâchera de la sévérité du traitement et de la surveillance active qu'il doit à son malade ; et cependant la quantité du liquide n'aura pas diminué d'une goutte. Bien plus, elle pourra avoir augmenté, et si la sécrétion continue, l'épanchement continuera à s'amasser ; il dilatera le côté, refoulera le poumon, non plus vers le médiastin, mais de bas en haut, ce qui ne s'aperçoit que tard ; et souvent le médecin sera étonné de voir augmenter d'une manière grave les symptômes chez un malade qu'il croyait convalescent. On voit donc combien il est important d'éviter une pareille erreur.

Mais comment distinguer si la disparition des signes indiqués est due à une diminution réelle du liquide ou à un simple changement de rapport entre lui et le poumon ? Cela paraît embarrassant au premier moment, et pourtant ce n'est pas très-difficile.

Lorsque l'épanchement diminue en réalité et que par conséquent le poumon est resté en partie plongé dans le liquide, il en résulte que, dans les endroits où il y a encore de la matité, ce liquide étant répandu en nappe sur cette portion du poumon, les circonstances qui produisent la respiration bronchique et l'égophonie existent encore, et ces deux phénomènes et spécialement le premier doivent encore se produire. Si au contraire la diminution du liquide n'est que simulée et due à l'ascension du poumon, il ne peut plus

se produire de respiration bronchique à la partie inférieure. Il en résulte que, si on observe la diminution de la matité et le retour de la respiration à la partie supérieure, il faut s'assurer si à la partie inférieure existent ou non la respiration tubaire et l'égophonie : si ces deux phénomènes existent, la diminution est réelle, sinon elle n'est qu'apparente. Ajoutez à cela que dans le premier cas la matité pourra se déplacer, et que la mensuration indiquera quelquefois la diminution de la dilatation.

Une autre cause d'erreur, qui n'est pas moins fréquente, et qui résulte du même mécanisme, est la suivante. Nous avons dit que, lorsque le poumon était enflammé à sa partie inférieure, il ne surnageait pas tant que durait cette inflammation, ce qui fait que dans la pleuro-pneumonie, il suffit d'un très-petit épanchement pour que celui-ci se répandant autour du poumon produise une matité très-étendue ; d'ailleurs le poumon n'étant pas compressible alors, l'épanchement ne va jamais très-loin. Or, au moment où l'inflammation passe à la résolution, le poumon devenant à la fois plus compressible et plus léger, il arrive alors, d'un côté, que l'épanchement augmente notablement, et que d'un autre le poumon se porte à la partie supérieure de la poitrine. Il en résulte donc par le mécanisme que nous avons expliqué plus haut, qu'en même temps que l'épanchement augmente, les signes physiques paraissent en accuser la diminution. C'est un fait que j'ai observé dans bon nombre de pleuro-pneumonies où la résolution de la pneumonie fut signalée par une augmentation de l'épanchement, qui donna le change pour une guérison prochaine. J'ai publié ailleurs un fait semblable, mais où le vrai état de la maladie ne fut pas méconnu (1). Le médecin doit donc bien veiller, au moment de la résolution d'une pleuro-pneumonie, à reconnaître les épanchements qui

(1) *Compte rendu de la Clinique interne de la Faculté de médecine de Strasbourg*, page 51.

peuvent alors survenir ou s'aggraver. Je citerai ici deux faits : dans l'un, l'erreur fut commise, dans l'autre elle fut évitée.

OBS. Ire. — *Épanchement pleurétique à droite ; diminution du liquide simulée par l'ascension du poumon. Mort.* — Aurélie Schoff, ouvrière en perles, âgée de 18 ans, entre à la Clinique de la Faculté de Strasbourg, le 8 mai 1834. Cette jeune fille qui, malgré le beau développement de son corps, n'était pas encore réglée, nous raconta que le 1er du même mois, après s'être exposée la veille à un refroidissement, elle avait été prise tout à coup d'un violent frisson, suivi d'une chaleur très-forte. En même temps elle ressentit dans le côté droit, sous le mamelon, une douleur très-aiguë qu'exaspérait surtout une toux sèche qui était survenue simultanément, et qui amenait de temps en temps des caillots d'un sang pur. Elle avait été saignée une fois en ville ; on lui avait placé des sangsues, mais elle n'avait été soulagée que momentanément.

A son entrée à l'hôpital, elle était dans l'état suivant : toux sèche avec expectoration rouillée, rare ; oppression supportable, mais augmentant pendant la nuit, décubitus dorsal, respiration fréquente : la percussion donne une matité étendue aux trois-quarts du côté droit qui est notablement dilaté ; l'auscultation fait entendre, dans toute l'étendue de la matité, un souffle bronchique intense qui est transmis presque dans le côté opposé. Ce souffle, ainsi que la matité, disparaissent à la partie antérieure lorsque la malade est couchée sur le dos, et on entend alors à leur place une crépitation des plus marquées. La voix est très-retentissante, saccadée, chevrottante (égophonie), principalement à la partie supérieure. Le côté opposé résonne bien, la respiration y est puérile, mêlée de sibilation ; le cœur est à l'état normal : pouls fréquent (90), petit ; anorexie ; peau moite ; du reste, les autres fonctions à l'état parfait. Le diagnostic n'était pas douteux ; on ne pouvait méconnaître la *pleuro-pneumonie avec épanchement*. (On prescrivit : saignée de dix onces; calomel gr. ij ; sucre blanc ℈ j ; prendre quatre doses dans la journée). — Pendant quatre jours, peu d'amendement, tant du côté des symptômes que de celui des signes fournis par l'exploration.

Le 4e jour, salivation assez abondante ; nouvelle exploration : la matité avait diminué de moitié et n'occupait plus que le tiers inférieur ; dans les deux tiers supérieurs, retour de la respiration normale et de la sonoréité. Ces circonstances nous firent croire à une grande diminution de l'épanchement ; on cessa tout remède ; on prescrivit simplement un gargarisme astringent contre le ptyalisme.

Cependant le pouls restait toujours fréquent ; le soir, la peau devenait brûlante ; la nuit il y avait de l'oppression et une toux forte. La matité était encore descendue de quelques lignes, mais *dans les endroits où elle existait il n'y avait point de souffle bronchique* ; absence complète de tout bruit.

Pendant quelques jours nous négligeâmes d'explorer la malade, dans la ferme persuasion que presque tout l'épanchement avait disparu. Cependant, la dyspnée allant toujours croissant, nous l'examinâmes de nouveau, et grand fut notre étonnement de trouver les trois-quarts du côté malade de nouveau envahis par la matité ; mais point de souffle, point d'égophonie : *silence complet* dans toute l'étendue de la matité ; dilatation de huit lignes du côté affecté. On eut de nouveau recours aux mercuriaux, puis aux diurétiques, aux révulsifs ; rien ne servit. La malade maigrit beaucoup ; ses pieds commencèrent à s'infiltrer ; elle eut de fréquents accès de dyspnée. Dans cette extrémité, l'opération de l'empyème fut proposée ; mais M. Lobstein, qui ne l'avait presque jamais vue réussir, promit cependant d'y aviser le lendemain si la malade n'allait pas mieux. Mais elle mourut dans la nuit, dans une attaque subite de suffocation, le 1er juillet, sept semaines après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie fut faite le lendemain. La mensuration donna encore sept lignes de dilatation du côté droit. A l'ouverture de la poitrine il s'écoula une énorme quantité de sérosité trouble, verdâtre, qui avait déposé plusieurs onces d'un pus bien lié. Nous eûmes presque de la peine à trouver le poumon, tant il était refoulé et aplati vers la colonne vertébrale ; quelques brides pseudo-membraneuses unissaient à la plèvre costale son sommet qui présentait quelques tubercules ramollis. Le poumon du côté opposé, ainsi que la plèvre, étaient dans un état parfait d'intégrité. Le cœur était sain également. La matrice et les ovaires étaient petits et flétris (ce qui était en rapport avec l'absence des règles). Les autres organes n'offraient rien à noter.

Pour quiconque lira attentivement cette observation, il sera clair que, la pneumonie ayant passé à résolution, et le poumon étant ainsi devenu plus léger et plus compressible, cet organe est remonté au-dessus du liquide en même-temps que celui-ci put augmenter de quantité ; que cette ascension du poumon, et la collection du liquide à la partie inférieure, ont fait diminuer la matité, reparaître le bruit respiratoire, ce-

qui en imposa et dut en imposer pour une diminution réelle de l'épanchement ; erreur que nous eussions pu éviter en ayant égard aux signes différentiels indiqués plus haut. . . .

Du reste, les mêmes circonstances peuvent se présenter dans la pleurésie simple ; en voici un exemple où heureusement le diagnostic ne fut point en défaut.

II

II° Obs. — *Epanchement pleurétique à gauche; diminution du liquide d'abord simulée par l'ascension du poumon, ensuite réelle. Guérison.* — Nicolas Braun, douanier, âgé de 36 ans, de constitution robuste, s'étant exposé à un courant d'air pendant qu'il était en transpiration, ressentit aussitôt un malaise qu'il ne put définir ; dans la même nuit il fut réveillé par un frisson violent et un point de côté très-aigu à gauche ; bientôt survint une chaleur brûlante et de la soif. On se borna à lui faire prendre des boissons théiformes.

Entré à l'hôpital le troisième jour (12 juillet 1834), l'épanchement était évident : matité remontant aux deux tiers du côté gauche, changeant de niveau suivant les positions que prend le malade ; souffle bronchique ; égophonie ; toux petite, sèche ; point de douleurs sous le mamelon gauche. Pouls petit, fréquent ; embarras gastrique. (Emétique). Le jour suivant, saignée, calomel. Même état jusqu'au troisième jour (depuis l'entrée).

A cette époque, diminution de la matité ; retour de la respiration dans la même proportion, mais disparition du souffle bronchique dans l'endroit mat ; égophonie limitée au niveau du liquide. Persistance de la fièvre et de la dyspnée.

Les jours suivants, la descente du liquide ne fit plus de progrès, ce qui, joint à l'absence de tout bruit dans l'endroit mat, indiquait l'ascension du poumon qui simulait une diminution de l'épanchement. On insista alors sur l'emploi du calomel qui produisit une salivation orageuse. Un vésicatoire appliqué sur le côté aida la résolution, qui ne fut parfaite que le 19e jour. Alors seulement toute matité avait disparu, et avait fait place à la respiration vésiculaire, cependant encore obscure.

Si, confiants dans les apparences, nous avions pris encore la diminution de la matité et de la respiration tubaire pour signe de la disparition de l'épanchement et suspendu le traitement ; il est permis de supposer que la maladie aurait continué

à marcher et aurait peut-être entraîné les fatales conséquences que nous avons vues dans l'observation précédente. Cette erreur peut être d'autant plus dangereuse que souvent, comme M. Arronsohn, mon savant maître, l'a fait observer le premier, ce n'est qu'au moment de la disparition de la douleur que l'épanchement devient abondant, et cette époque peut précisément correspondre avec le déplacement du poumon (1).

3° D'après ce que j'ai dit des rapports du poumon avec le liquide épanché lorsque celui-ci est très-abondant, il n'est pas possible de confondre cet état avec les cas précédents, quoique la matité puisse être aussi grande dans le deuxième degré d'abondance que dans celui dont il est actuellement question. D'abord dans le premier de ces deux cas, cette matité est produite subitement parce que, le poumon n'étant comprimé qu'à sa périphérie, la cavité pectorale est bientôt remplie ; dans le second au contraire la matité augmente lentement et graduellement : une fois produite elle diminue dans la même progression, ne se déplace point, puisque le poumon ne peut venir remplacer le liquide. Dans le premier cas il y a souffle bronchique et égophonie dans toute l'étendue de la matité ; dans le second, il y a silence complet pendant toute la durée de l'acte respiratoire, et le bruit vésiculaire est tout au plus perceptible sous les omoplates, à l'épine dorsale et sur les clavicules.

Par la comparaison de ces signes il est aisé de voir, 1° qu'il est facile de discerner la matité produite par un épanchement très-*abondant*, de celle qui n'est que le résultat d'un épanchement *étendu en nappe* ; 2° que l'erreur de diagnostic que je viens de signaler dans les cas d'épanchement médiocre, ne peut se produire dans les cas d'épanchement très-abondant ; car l'ascension du poumon qui l'occasione dans le premier cas ne peut en imposer ici, puisque le poumon est déjà refoulé vers la partie toute supérieure. Aussi quand on voit dans ce

(1) *Voyez* notre compte rendu de la *Clinique* de M. Aronsohn, page 10.

cas la matité diminuer, la respiration reparaître, on peut être sûr que l'amélioration n'est pas simulée, mais est très-réelle.

§ II. *Des indications à tirer pour le diagnostic de la nature de l'épanchement pleurétique.*

Dans le chapitre précédent, nous nous sommes occupés des épanchements liquides et des indications diagnostiques qu'ils fournissent dans leurs rapports avec le poumon ; il sera question ici des épanchements non liquides ou du moins qui ne restent pas tels.

Tous les praticiens savent que le liquide séreux qui s'épanche ordinairement dans la plèvre est dans quelques cas remplacé par une exsudation de matière coagulable. Cette différence dans la matière sécrétée apporte dans les signes physiques de la maladie et même dans sa terminaison, des changements assez importants. Pour mieux les faire apprécier rappelons en peu de mots quelques détails anatomo-pathologiques.

Dans les cas les plus ordinaires, l'épanchement pleurétique est constitué par deux produits différents : 1° le liquide aqueux ; 2° la portion albumineuse. Ces deux produits sont en proportion variée : souvent le liquide persqu'entièrement limpide, ne contient que quelques flocons ; d'autres fois l'épanchement est presqu'entièrement constitué par la partie albumineuse appelée alors lymphe plastique.

La matière épanchée a d'autant plus de consistance que le sujet est plus jeune, plus robuste et que son sang par conséquent a plus de plasticité. Dans ces cas on trouve, lorsque l'exudation est récente, une lymphe coagulée étendue en couche plus ou moins épaisse, molle, caséeuse, d'un blanc jaunâtre. Cette altération, qui s'observe rarement dans les pleurésies simples, parce que les sujets ne meurent pas à cette époque de la maladie, est très-commune chez ceux qui à la fin d'une maladie mortelle (pneumonie, typhus) sont atteints d'une inflammation de la plèvre. Très-concrescible, cette matière

s'organise plus tard et forme des fausses membranes d'autant plus épaisses que l'exsudation a été plus abondante. A cette seconde période on les rencontre très-fréquemment, tantôt sous forme d'une couche pseudo-membraneuse, coriace, élastique, résistante, étendue entre les deux plèvres dans un espace plus ou moins considérable, et souvent même sur toute la surface pulmonaire ; d'autres fois sous forme d'une véritable poche épaisse, constituée par plusieurs couches plastiques, qui enveloppent, emprisonnent le poumon. Ces poches semblent se former dans quelques circonstances spéciales. En effet, il est prouvé par l'observation que, dans un grand nombre de cas, l'exudation plastique s'accompagne au début d'une certaine quantité de liquide, qui résorbé facilement n'a laissé voir à l'autopsie que le produit solide. Ce fait, en apparence indifférent, me paraît pourtant avoir un résultat fâcheux ; car une fausse membrane qui vient à envelopper le poumon au moment où il est rappetissé par la compression d'un liquide, et qui acquiert peu à peu de la solidité, forme autour du poumon une coque qui ne lui permettra plus de se dilater lorsque cette compression aura cessé. Cela peut arriver dans la pleurésie que Laennec a appelée hémorrhagique, et où la fibrine, venant à se déposer en couches épaisses sur le poumon, pendant que la sérosité comprime celui-ci, mettra cet organe dans l'impossibilité de se prêter à une dilatation ultérieure, et peut avoir les conséquences les plus fâcheuses, comme cela me semble ressortir de l'observation suivante que je ne fais que résumer.

OBS. IIIe—*Pleurésie hémorrhagique. Fausse membrane formant une poche autour du poumon. Mort.* — Louis Hartmann, tonnelier, d'une constitution athlétique et dans la force de l'âge, fut pris au mois de décembre 1835 d'une pleurésie qui parut d'abord peu intense, mais qui au bout de quelques jours présenta les signes évidents de l'épanchement. La méthode antiphlogistique d'abord, puis les révulsifs furent employés, néamoins la maladie ne s'amenda point. Pouls toujours fréquent, respiration notablement gênée, traits du visage profondément altérés. M. Arronschn qui avait donné les premiers soins

au malade, m'invita à l'examiner; M. le docteur Stoss fut également appelé. La percussion donna une matité étendue aux trois-quarts supérieurs du côté droit, surtout en avant, où elle était beaucoup plus étendue; dans le même espace on n'entendait aucun bruit respiratoire, ni bronchique ni autre; supérieurement, respiration vésiculaire mêlée de râles. Le côté gauche n'offrit à noter qu'une respiration puérile. Il y avait une toux accompagnée de crachats glaireux, l'oppression était très-forte et venait surtout par accès pendant la nuit; la figure du malade était décomposée, le pouls assez dur, sub-fréquent. (Saignée de douze onces; digitale en poudre.) Les jours suivants augmentation des symptômes, vomissements produits par la digitale, infiltration des extrémités inférieures, commencement d'ascite, oppression de plus en plus considérable, étouffements par accès. L'intensité toujours croissante des symptômes, l'inutilité des remèdes employés, fit songer à l'opération de l'empyème. Le 8 janvier, une consultation devait se tenir pour décider sur l'opportunité de cette opération, mais quand nous arrivâmes à la demeure du malade il venait d'expirer subitement.

L'autopsie fut faite le surlendemain en présence de MM. les docteurs Stoss et Schaller. En raison de l'étendue de la matité, nous devions nous attendre à un épanchement considérable, il n'en fut rien cependant. La cavité droite contenait tout au plus deux verres de sérosité rougeâtre et était reléguée à la partie inférieure de la poitrine; le poumon était refoulé à la partie supérieure, comprimé, enveloppé par une fausse membrane très-épaisse, coriace, élastique, composée de plusieurs couches de fibrine. L'organe pulmonaire était réduit à un très-petit volume et comme contenu dans cette coque pseudo-membraneuse; son sommet présentait quelques tubercules en suppuration, ainsi que son congénère du côté opposé, qui, du reste, ainsi que la plèvre correspondante, était à l'état normal. Le cœur était sain. Les autres viscères ne purent être examinés.

Cet homme avait évidemment succombé à une pleurésie hémorrhagique, comme le prouve la couche fibrineuse déposée sur le poumon et la sérosité sanguinolente qui se trouvait dans la plèvre. Mais les quelques onces de liquide étaient certainement insuffisantes pour produire une compression capable d'entraîner la mort, et l'opération de l'empyème aurait ici sans aucun doute échoué. Ce qui me paraît beaucoup plus admissible, c'est une mort par asphyxie lente, causée par l'empri-

sonnement du poumon dans la fausse-membrane qui le contenait et le comprimait. Je sais bien qu'on a trouvé des poumons beaucoup plus réduits de volume, et que les individus ont pu continuer à vivre. Mais autre chose est une compression lente, graduée, survenue chez un individu lentement affaibli, et dont le besoin respirateur est peu développé, et un anéantissement presque subit des fonctions respiratoires d'un poumon chez un homme de haute stature, chez lequel le besoin de l'hématose devait être très-fort. Car c'est une grande loi de physiologie pathologique que les désordres fonctionnels d'une maladie ne sont point tant en raison de l'étendue de la lésion, que de la promptitude avec laquelle ces lésions surviennent. Si M. Andral cite un charretier qui promenait sa charrette dans tout Paris, quoique portant un épanchement qui remplissait tout un côté de la poitrine, il cite aussi le fait d'un jeune homme robuste qui, *en moins d'un mois*, fut étouffé par le développement de tubercules miliaires dans le poumon.

Je reviens maintenant à l'influence de ces exsudations sur les phénomènes physiques de la pleurésie, et à la manière dont elles doivent modifier le diagnostic.

Il n'en est pas des exsudations de lymphe plastique comme des épanchements séreux. Ceux-ci obéissent à l'absorption et disparaissent après un temps plus ou moins long ; celles-là, au contraire, obéissent à une autre loi. Le produit nouveau se coagule, tend à se solidifier, et devient d'autant plus consistant que l'absorption a eu le temps de lui enlever les parties les plus fluides. Une fois arrivé à ce degré, la fausse membrane peut exister indéfiniment, et si après un temps toujours très-long, l'absorption parvient à la diminuer, à l'amincir, toujours est-il fort douteux qu'elle puisse jamais disparaître. Il en résulte que, si les épanchements liquides ne laissent que des traces passagères, les épanchements plastiques en laissent d'indélébiles.

Or, ce qui a lieu sur le cadavre se traduit exactement sur l'homme vivant : chez un grand nombre d'individus la poi-

trine devenue mate dès le début de la pleurésie, ne recouvre plus jamais sa sonoréité, quoi qu'après un certain temps la disparition des autres symptômes les laisse dans un état parfait de santé. Mais chez d'autres il reste un certain degré de dyspnée qui est très-lent à se dissiper, si jamais il se dissipe; et qui paraît tenir à un léger degré de compression qu'éprouve le poumon. Laennec a noté ce fait d'obscurcissement permanent de la poitrine dans la pleurésie hémorrhagique, sans parler des erreurs de diagnostic dont il pourrait être l'occasion.

En effet, qu'un individu soit pris d'une pleurésie, le médecin aura constaté la matité du son, l'absence ou l'obscurcissement du bruit respiratoire. Au bout d'un certain temps, les symptômes se dissiperont en partie; mais il restera un certain degré d'oppression, la matité n'aura rien perdu de son étendue, le médecin inquiet croit l'épanchement passé à l'état chronique, redoublera d'activité dans le traitement pour dissiper ce prétendu épanchement, et pourra tourmenter ainsi un malade qui est parfaitement guéri. Ici, celui qui n'est qu'à moitié versé dans l'appréciation des signes physiques fera plus de mal que celui qui les néglige complétement : ce dernier n'employant pas la percussion ne sera pas trompé par elle.

D'autres circonstances peuvent encore se présenter pour fausser le diagnostic. Un malade a eu une pleurésie ancienne qui a entraîné les résultats que je viens de mentionner. A la suite de cette pleurésie reste ou survient un catharrhe chronique avec oppression, ou bien des douleurs rhumatismales se déclarent dans le côté anciennement affecté, ce qui est très-ordinaire. Dans ce cas, le médecin qui explorera le malade, trouvant encore une matité étendue, pourra diagnostiquer une pleurésie latente.

Ainsi le principal inconvénient qui résulte de cette circonstance, c'est de diagnostiquer et traiter une maladie qui n'existe point ou qui n'existe plus; erreur opposée à celle que nous avons signalée dans le précédent chapitre, comme devant expo-

ser à abandonner comme guéri un malade gravement atteint. Ainsi donc, malgré la certitude des signes physiques de la pleurésie, les erreurs les plus opposées peuvent encore été commises, si dans l'appréciation de ces signes on ne porte point une analyse minutieuse, si on ne pèse point avec exactitude une foule de circonstances qui compliquent singulièrement le diagnostic.

Cependant avec de l'attention on peut établir le diagnostic réel. Nous trouvons déjà dans la matité qui accompagne les exsudations plastiques des caractères distinctifs. Cette matité ne change pas de place comme dans quelques épanchements ; son niveau n'est pas exactement circonscrit comme celui d'un liquide ; elle ne s'élève pas à la même hauteur en avant et en arrière, et souvent cette différence est si grande que toute la partie postérieure est mate, tandis qu'antérieurement le son est parfait. C'est principalement à la partie postérieure que s'étendent ces fausses membranes, et c'est là aussi le plus souvent que le son est obscurci ; un autre caractère de cette matité, c'est qu'elle peut siéger à la partie supérieure ou à la partie moyenne du thorax, tandis que la partie inférieure reste sonore, ce qui exclut l'idée de la présence d'un liquide. Un épanchement partiel circonscrit peut bien à la vérité présenter la même particularité, mais dans ce cas on aura souvent une voussure partielle du thorax. (M. Louis)

Le bruit respiratoire, dans les régions qui correspondent à la matité, est rarement aboli en totalité, et s'il l'est ce n'est jamais pour long-temps. Le plus souvent il est simplement obscurci et se perçoit par une oreille un tant soit peu exercée, ce qui n'a point lieu dans l'épanchement liquide, qu'il soit ou non circonscrit ; car il y aura dans ce dernier cas, ou absence complète du bruit respiratoire ou souffle bronchique et égophonie (1).

---

(1) Si de plus on entend un bruit de frottement ascendant et descendant, l'existence des fausses membranes sera hors de doute.

Enfin, la mensuration n'offre ici aucune dilatation, souvent même un léger retrécissement lorsque le poumon a été d'abord comprimé par du liquide. A l'aide de ces signes et même seulement de quelques-uns d'entr'eux, on peut distinguer la présence des fausses mambranes de tout autre altération du poumon et de la plèvre, et on ne s'exposera pas à médicamenter inutilement un malade très-peu affecté, ou atteint d'une autre maladie méconnue par un médecin préoccupé par l'idée d'un épanchement. Citons ici quelques faits qui prouveront la possibilité des circonstances dont nous venons de parler, et la manière dont on peut assurer le diagnostic.

OBS. IVe — *Pleurésie terminée par une fausse membrane simulant un épanchement ; engorgement du foie. Guérison.* — Pierre Eichelé, journalier, âgé de 33 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital le 8 janvier 1836. Le malade nous apprend que quatre semaines auparavant il avait été pris d'un point douloureux au côté droit, avec chaleur et fièvre ; toux sèche et oppression très-grande ; que le médecin appelé en ville le fit saigner deux fois ; qu'à la suite de ce traitement la douleur et la toux ont disparu, mais que l'oppression a continué ; qu'alors il prit une poudre blanche (calomel) qui détermina une salivation tellement orageuse, que toutes les dents devinrent branlantes sans que l'oppression diminuât.

Ces antécédents suffirent pour établir une pleurésie. Voilà ce que l'interrogatoire et l'exploration constatèrent : douleur de côté nulle ; toux rare ; oppression forte, habituelle, sans palpitations du cœur ; décubitus sur le dos. La percussion donne une matité qui s'étend depuis deux travers de doigt au-dessous de la clavicule droite jusqu'à la base du thorax ; latéralement elle ne monte que jusqu'aux deux tiers de sa hauteur du côté ; en arrière elle envahit à peine la moitié. Cette matité ne change point de place quand le malade se déplace. Dans toute la partie correspondante, le bruit respiratoire s'entend à peine ; il est obscur, sans expansion vésiculaire, mais nullement bronchique. Aucun retentissement anormal de la voix, aucune dilatation du côté affecté. Bruit respiratoire naturel dans les portions exemptes de matité ; légèrement puéril du côté sain. Le cœur à l'état normal. Le malade est en proie à une salivation considérable ; pouls normal, inappétence, nausées ; teint jaunâtre ; foie engorgé, volumineux, dépassant de dix-huit

lignes le rebord des fausses côtes. Diagnostic : *Fausse membrane épaisse, étendue au-devant du poumon qui est comprimé; résultat d'une pleurésie guérie; engorgement du foie produisant les phénomènes gastriques.*

D'après ce diagnostic, on ne fit aucune attention à l'état de la poitrine ; on chercha à guérir la salivation très-intense qui faisait beaucoup souffrir le malade. On prescrivit des gargarismes astringents et des purgatifs, tant contre le ptyalisme que contre l'engorgement hépathique.

La maladie du foie fut longue à se dissiper ; le malade resta longtemps à l'hôpital. Nous l'explorâmes fréquemment. La matité ne diminua pas d'une ligne ; les autres phénomènes du côté de la poitrine restèrent également les mêmes ; peu à peu enfin il recouvra l'appétit et les forces en même-temps que le foie diminua, et il quitta l'hôpital dans les premiers jours de juin, toujours sujet à une oppression que le moindre mouvement exaspérait, et présentant du côté de la poitrine tous les signes physiques qu'il avait offerts en entrant, à l'exception pourtant du bruit respiratoire qui était un peu moins obscur ; ce qui tient probablement à une légère diminution de l'épaisseur de la couche plastique.

L'inégalité du niveau de la matité, sa fixité dans les différentes positions que prenait le patient, l'absence de toute saillie du côté malade ont amené au véritable diagnostic. Avec un peu d'inattention rien de plus facile que de diagnostiquer un épanchement pleurétique ; diagnostic qui aurait eu pour résultat de faire soumettre le malade au traitement énergique qui avait déjà été commencé en ville, ou à une médication analogue. La maladie du foie aurait probablement échappé à l'attention, parce que les désordres fonctionnels auraient pu être rapportés à l'épanchement de la plèvre dont le refoulement aurait pu expliquer la saillie du foie.

Obs. Ve. — *Pleuro-pneumonie terminée par une exsudation de fausses membranes. Guérison.* — Théophile Duval, cordonnier, âgé de 24 ans, constitution grêle, tempérament sanguin, entré à la Clinique interne le 21 décembre 1835. — La maladie a commencé il y a trois jours, par un frisson qui s'est deux fois répété, par un point de côté à droite, de la toux, et un crachement de sang ; le malade a été saigné deux fois.

A son entrée : toux fréquente avec crachats faiblement striés de sang, oppression assez forte, respiration fréquente, douleur aiguë sous le mamelon droit, répondant jusque dans le dos, décubitus indifférent. Matité à droite à la partie inférieure en avant et dans toute la partie postérieure du même côté, latéralement matité peu étendue ; à la partie antérieure et inférieure râle crépitant abondant ; vers l'aisselle respiration bronchique ; en arrière elle est vésiculaire, très-obscure ; voix retentissant dans toute l'étendue de la matité. Pouls subfréquent ; soif ; inappétence ; épigastre sensible à la pression ; peau sèche ; urine foncée. *Diagnostic* : pleuro-pneumonie : saignée de 12 onces, tisane pectorale ; sang couenneux : nouvelle saignée le soir.

Le lendemain même état ; mêmes signes du côté de la poitrine (20 ventouses scarifiées sur le côté droit, potion gommeuse, lavement). Le 3e jour (de l'entrée), oppression beaucoup moindre, point de crachement de sang, disparition du point de côté, du souffle bronchique, et de la matité qui existaient à la partie antérieure, persistance de la matité postérieurement et à la partie latérale ; pouls moins développé, moins fréquent. — Le soir tout-à-coup transport vers la tête, céphalée, agitation, face rouge, yeux étincelants, délire, mouvements convulsifs (Saignée). Nuit très-agitée.

Le 4e jour le malade était redevenu calme, le pouls était naturel, la respiration paisible, la toux légère avec crachats muqueux, la crépitation avait presque entièrement disparu ; en arrière, la matité persistait toujours aux mêmes régions et au même niveau, avec grande obscurité de la respiration. Il était dès-lors évident que c'était une exsudation plastique et non liquide qui donnait la matité, et que celle-ci ne se dissipait point avec la résolution de l'inflammation. Cependant par précaution on appliqua un vésicatoire sur l'endroit malade.

Les jours suivans, les phénomènes du côté de la poitrine continuèrent à se dissiper complètement, à l'exception de la matité et d'une oppression notable. Mais pendant la convalescence le malade fut pris de symptômes qui annonçaient une gastro-entérite (douleurs abdominales, diarrhée, fièvre continue.). Cette nouvelle maladie le retint pendant quinze jours. Au bout de ce temps l'oppression n'était pas encore dissipée, le malade toussait fréquemment, éprouvait parfois encore des douleurs dans le côté droit qui présentait toujours la même matité et la même obscurité du bruit respiratoire sans aucune dilatation du thorax ; il sortit de l'hôpital dans cet état.

Ici nous avons vu le malade dès le troisième jour de la maladie, et déjà à cette époque s'était formée l'exsudation indélébile. Le huitième jour la pneumonie qui avait compliqué la maladie était jugée, et dès-lors on aurait pu s'abstenir de pousser plus loin la médication antiphlogistique.

Nous terminerons en rapportant une observation où l'autopsie cadavérique vint confirmer le diagnostic.

OBS. VI. — *Pleurésie terminée par une exsudation pseudo-membraneuse simulant un épanchement; oppression habituelle; rhumatisme et péricardite aiguë; mort.* — Une couturière âgée de 22 ans, d'une belle constitution, poitrine large, habituellement bien portante, ressentit le 3 mai 1834, sans cause connue, un malaise général, lassitude dans les membres; le soir même elle fut prise d'un violent frisson, et dans la nuit elle ressentit au-dessous du sein droit une douleur que les mouvements respiratoires exaspéraient; cette douleur persista jusqu'au 7, époque de l'entrée de la malade à la Clinique; jusqu'à ce moment elle n'eut qu'une toux sèche.

A son entrée: respiration courte, accélérée, toux rare, expectoration nulle, dyspnée supportable; son mat à droite en arrière et latéralement depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'aux dernières côtes, dans cette même étendue absence du bruit respiratoire et légère égophonie; dans les autres points du thorax, le son est clair et le bruit respiratoire net et très-fort. La douleur latérale persiste, le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche. Diagnostic : épanchement pleurétique à droite (saignée de 12 onces; tisane d'orge nitrée), sang couenneux.

La malade se sentit notablement soulagée après la saignée: le point de côté disparut, il ne resta qu'un peu de gêne dans la respiration; le soir sueur abondante pour la première fois; sommeil la nuit.

Le 8, la malade à la visite du matin assure sentir très-peu d'oppression, cependant les côtes s'élèvent et s'abaissent plus fréquemment qu'à l'état de santé, l'abaissement du diaphragme est aussi plus marqué; la percussion et l'auscultation fournissent les mêmes signes; toux rare, décubitus sur le côté droit, urines abondantes, sédimenteuses. (vésicatoire sur le côté gauche.)

Les jours suivans, disparition de la fièvre, retour de l'appétit, toux presque nulle, petite et sèche, mais oppression remarquable augmentée par le décubitus dorsal, et lorsque la malade exécute des mouvements un peu précipités.

Le 10 juin, la malade est toujours dans le même état. Les forces et l'appétit sont revenus, mais il reste toujours un certain degré d'oppression qu'exaspèrent la marche et la phonation ; souvent de véritables accès de dyspnée se manifestent vers le soir. L'auscultation et la percussion donnent à peu près les mêmes résultats que le jour de son entrée ; la matité s'étend principalement en arrière et latéralement ; en avant, elle est presque nulle ; elle ne se déplace point lorsque la malade change de position. La légère égophonie qui existait le jour de son entrée a disparu ; le bruit respiratoire est un peu plus perceptible. La mensuration pratiquée avec soin n'indique aucune dilatation du côté malade. Nous concluons alors qu'une couche pseudo-membraneuse doit produire tous ces phénomènes. C'est dans cet état que la malade quitte l'hôpital, fatiguée des différens remèdes qu'on employa pour combattre les symptômes dont nous venons de parler.

La malade revint souvent à l'hôpital visiter ses connaissances ; plusieurs fois même nous la rencontrâmes en ville ; elle se plaignait toujours de son oppression qui s'exaspérait par le temps humide ; souvent elle était obligée de s'arrêter en marchant, pour reprendre haleine. Nous l'explorâmes encore à plusieurs reprises, et constatâmes toujours les mêmes signes physiques.

Au mois de mars 1835, la malade revint à l'hôpital, atteinte cette fois d'un rhumatisme articulaire fébrile, qui, au bout de deux jours, se compliqua d'une péricardite suraiguë, et se termina par la mort le troisième jour (1), au milieu d'une orthopnée des plus anxieuses.

Autopsie cadavérique 36 heures après la mort. —Le poumon droit est libre d'adhérences dans sa partie antérieure et supérieure ; mais inférieurement, et surtout en arrière, il est retenu par des fausses-membranes d'une épaisseur et d'une consistance considérables. Elles sont formées par plusieurs couches stratifiées, superposées, présentant l'aspect et l'élasticité des fibro-cartilages, criant sous le scalpel, et ayant au niveau de l'omoplate une épaisseur de neuf lignes ; leur surface est assez lisse et très-peu adhérente à la plèvre costale par quelques brides celluleo-fibreuses. En arrière le poumon a presque disparu sous les fausses membranes qui le compriment, le renferment comme dans une coque. Dans cette région, la substance de cet organe est dure,

---

(1) Je publierai plus tard avec détails l'histoire de cette péricardite.

compacte, n'offre plus rien de son aspect celluleux, sans cependant gagner le fond de l'eau. Les parties environnantes sont engouées, œdémateuses; le reste de l'organe, c'est-à-dire le lobe supérieur droit et le poumon gauche, ainsi que la plèvre de ce côté, sont à l'état normal. Le péricarde est très-saillant, distendu; il s'en écoule à l'incision environ une demi-livre de sérosité. Sa surface séreuse est tapissée par les fausses membranes caractéristiques de la péricardite. Les autres organes n'offrent rien qui doive être rapporté ici.

Ainsi les signes constatés plus haut, les symptômes observés sur notre malade, s'expliquent par l'autopsie cadavérique. C'est la fausse membrane qui a occasioné l'obscurité du son et du bruit respiratoire; c'est elle qui, emprisonnant le poumon, a donné lieu à cette gêne permanente de la respiration qu'ont accusée tous nos malades, et à laquelle ils seront probablement sujets toute leur vie. Il est clair que tous les moyens médicaux et chirurgicaux auraient échoué ici, car la maladie était terminée dès le premier jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. M. Andral rapporte un fait analogue (1), et il ajoute : c'est *là une des circonstances qui peuvent quelquefois empêcher le succès de l'opération de l'empyème*; nous ajouterions volontiers qu'elle contr'indique formellement cette opération. On sent là combien il est important de préciser ici le diagnostic.

Recherches sur l'affection tuberculeuse des os; par A. NÉLATON, *D. M. P.* (2).

Il est peu de sujets qui aient été autant étudiés que les lésions des os. Depuis la renaissance de la chirurgie, chaque époque s'est signalée par des découvertes importantes, et cependant

(1) *Clinique médicale*, tome II, p. 528, 2e édition.

(2) Extrait d'une dissertation inaugurale. Paris, 1836, No 376. (Par A. G.)

il faut l'avouer, malgré les travaux des hommes les plus éminens, peu de sujets aussi sont moins connus que les altérations de tissu de ces organes. L'observation exacte, minutieuse, peut seule débrouiller la confusion déplorable qui existe dans leur nomenclature et leur description. M. Gerdy a décrit les lésions anatomiques de l'ostéite, et a assigné des caractères plus précis à la carie et à la nécrose. Une lacune des plus importantes restait à remplir ; il s'agissait de décrire les tubercules des os, presque toujours confondus avec les altérations précédentes. Ce n'est pas qu'on ignorât l'existence de cette production dans le parenchyme osseux ; plusieurs auteurs dans les temps plus anciens, les avaient indiqués ; de nos jours Delpech, et tout récemment M. Nichet, en avaient fait le sujet de leurs travaux : mais ils ne connaissaient guère que les tubercules vertébraux, et avaient à peine envisagé la question sous une de ses faces. Tout ce que Bayle et Laennec avaient exécuté avec tant d'exactitude pour les poumons, l'histoire de l'évolution tuberculeuse était à faire pour les os. M. Nélaton a entrepris cette tâche, et c'est le résultat de ces recherches poursuivies avec persévérance et sagacité pendant plusieurs années, qu'il est venu offrir au public médical.

Dans les os, comme dans les poumons, la matière tuberculeuse se présente sous deux formes différentes : tantôt rassemblée en foyers creusés dans l'épaisseur du tissu osseux (*tubercules enkystés*), tantôt infiltrée dans les cellules du tissu spongieux (*infiltration tuberculeuse*). Ces deux formes peuvent être distinguées par leurs caractères anatomiques à toutes les époques de la maladie.

1° *Tubercules enkystés*. — C'est l'affection tuberculeuse qu'ont indiquée les auteurs cités plus haut, mais ils ne l'ont distinguée qu'alors qu'elle était parvenue à son développement complet. Il est difficile en effet de reconnaître dans un tissu dur des lésions anatomiques un peu délicates qui peuvent être détruites par les manœuvres mêmes employés pour les découvrir. M. Nélaton est parvenu à s'assurer que les tuber-

-cules des os, comme ceux des poumons, reconnaissent pour point de départ la granulation grise demi-transparente décrite par Laënnec, Louis, etc. Voici de quelle manière il faut procéder pour constater ce fait : « Il faut, après avoir dépouillé de son périoste l'os que l'on examine, rechercher si sa surface présente quelques points *plus vasculaires ; des marbrures violacées*, ou s'il existe quelques *légères bosselures* qui ôtent à l'os sa régularité. Si l'un ou l'autre de ces signes se rencontre, il faut enlever avec la scie l'écorce la plus compacte de l'os, puis détruire progressivement le tissu celluleux à l'aide d'un fort scalpel, de manière à sculpter, pour ainsi dire, le tissu autour de la lésion organique. ». On arrive alors souvent à reconnaître une masse plus ou moins considérable de petites granulations perlées, d'une demi-ligne de diamètre environ ; dont quelques-unes offrent au centre un point jaune opaque, indice d'une transformation commençante. Elles sont, pour la plupart, renfermées dans une petite coque osseuse si ténue, qu'on ne s'en aperçoit qu'à la résistance qu'elle oppose lorsqu'on cherche à la percer avec la pointe d'une aiguille. Ces granulations sont parfaitement identiques avec les granulations grises pulmonaires ; elles se rencontrent ordinairement sur des os qui, dans d'autres points, présentent de véritables tubercules, et chez des sujets dont les poumons en contiennent également ; elles ne se rencontrent pas dans des circonstances opposées : le tubercule cru procède donc encore ici de la granulation grise.

Les petites cloisons osseuses dont nous avons parlé disparaissent peu à peu, et un kyste analogue à ceux qui entourent les corps étrangers à nos tissus se développe autour de la masse tuberculeuse. Celle-ci, qui peut avoir depuis deux ou trois lignes de diamètre jusqu'à quinze et vingt lignes, située ordinairement dans le tissu celluleux, se présente, une fois développée, sous forme d'une matière d'un blanc opaque tirant sur le jaune, quelquefois un peu marbrée de blanc et de gris, d'une consistance ou d'un aspect analogue au mastic de vi-

trier, non élastique, ne renfermant aucune parcelle osseuse, susceptible de se délayer dans l'eau, et formant des grumeaux qui bientôt se précipitent au fond du vase. Le kyste qui environne cette matière et tapisse toutes les anfractuosités de la cavité osseuse, est peu épais et d'autant plus résistant qu'il est plus ancien. Sa structure est fibreuse, assez analogue à celle des capsules articulaires. Sa surface interne est blanche et se sépare difficilement de la matière tuberculeuse. L'externe est couverte par un réseau vasculaire d'autant plus prononcé que le tubercule est plus ramolli, et qui sert à établir une adhérence entre le kyste et les parois de la cavité. Quant à celles-ci, tantôt elles sont tout-à-fait osseuses, ce qui est le plus ordinaire, surtout au début ; elles sont plus ou moins régulières, quelquefois lisses, ailleurs offrent l'aspect des papilles de la langue du chat. Tantôt elles sont formées de tissus hétérogènes, tels que les tissus osseux, fibreux et cartilagineux, surtout quand, par suite de son développement, le tubercule est arrivé à la surface de l'os. Ainsi, par exemple, la cavité du tubercule dans le point qui correspond à la perforation de l'écorce de l'os, est formée par le périoste hypertrophié adhérent intimement au kyste. Autour du kyste est une injection du tissu osseux qu'on ne peut bien apprécier que dans le cas de tubercules des épiphyses des os longs chez les adultes. Chez les enfants, en effet, tout le tissu celluleux, et chez l'adulte, celui des vertèbres, sont d'une couleur rouge foncée.

L'examen de l'excavation elle-même montre qu'elle n'est pas le résultat d'un refoulement du tissu ambiant, mais d'une véritable perte de substance, comme celle que pourrait produire un emporte-pièce. Les tissu fibreux et cartilagineux que le tubercule rencontre dans son développement sont soumis à une semblable destruction. Une des planches annexées au travail de M. Nélaton montre bien cette disposition.

Nous avons déjà vu que le début de l'affection tuberculeuse s'annonçait par une vascularisation plus grande du

périoste et de la surface de l'os, et par la déposition de couches osseuses de nouvelle formation qui s'accumulent successivement, mais seulement là où l'os est recouvert de périoste, et s'arrêtent là où il existe un cartilage diarthrodial. De là vient que les tubercules développés près des extrémités s'ouvrent plus facilement dans la surface articulaire qu'à la surface de l'os ; car après avoir traversé tout le tissu osseux primitif, ils ont encore à traverser les couches de nouvelle formation.

Tant qu'il reste à l'état cru, le tubercule enkysté continue à croître, mais bientôt la matière tuberculeuse se ramollit, et la collection se comporte alors comme un véritable abcès, fusant dans les interstices cellulaires pour parvenir à la peau et s'y ouvrir une issue en l'enflammant. Le liquide qui s'écoule est caséeux, ressemblant à celui que fournissent les autres abcès tuberculeux. La cavité évacuée, il reste une fistule qui fournit chaque jour du pus séreux, et qui tend d'autant moins à se cicatriser que son fond est constitué par des parois osseuses qui ne tendent nullement à revenir sur elles-mêmes. Si, cependant, la matière tuberculeuse peut se porter facilement au-dehors, si le foyer primitif est rapproché de la peau, le kyste devenu de plus en plus vasculaire s'hypertrophie, comble, à la manière des bourgeons charnus, la cavité qu'il tapissait; plus tard il perd peu à peu sa vascularité, et ressemble complètement au tissu fibreux inodulaire. Si, au contraire, la matière tuberculeuse, pour se porter au dehors, doit parcourir un long trajet, elle s'accumule progressivement. Un kyste cellulo-fibreux, semblable à une fiole dont le goulot serait adapté au pourtour de la perforation du tissu osseux, reçoit toute la matière sécrétée et prévient sa diffusion dans le tissu cellulaire. Ces poches présentent souvent des dilatations et des resserremens alternatifs, surtout alors qu'elles partent de la région dorsale. Quelquefois, si la sécrétion est lente, les resserrements deviennent de plus en plus prononcés · le canal qui les traversait s'o-

blitère, se change en un cordon fibreux ; c'est là ce qui en a imposé à quelques observateurs qui ont cru que ces collections éloignées de l'os en avaient été toujours indépendantes. Du reste, ces dépôts sont susceptibles de se résorber. Ils se terminent aussi par la suppuration du kyste et des parties voisines ; d'autres fois enfin, l'on voit de nouveaux tubercules naître, et s'accroître dans la paroi même du kyste tuberculeux.

En résumé, le caractère essentiel du tubercule enkysté, c'est de produire dans les os des excavations, des destructions de tissu, sans laisser de résidu, soit des os, soit des cartilages.

II. *Infiltration tuberculeuse.* — Vaguement indiquée dans quelques travaux, partout confondue avec la forme précédente avec laquelle elle peut se rencontrer sans jamais lui succéder, l'infiltration tuberculeuse se présente sous deux états différens. A. *L'infiltration demi-transparente*, qui consiste en taches circonscrites, d'une teinte grise, opaline, légèrement rosée, formée par le dépôt, dans les cellules du tissu osseux, d'une matière qu'on a souvent confondue à tort avec de l'encéphaloïde. Elle ne s'accompagne d'aucune modification dans la densité du tissu osseux, et si par la macération ou la combustion on enlève la matière qui obstrue les cellules d'un os ainsi infiltré, on n'observe aucune différence entre lui et un os sain.

B. *L'infiltration puriforme* succède à l'infiltration demi-transparente. La matière qui forme les taches décrites plus haut, devient d'un jaune-pâle complétement opaque. D'abord ferme, elle se ramollit et finit par se liquéfier. Tandis qu'à la loupe on pouvait apercevoir de petits vaisseaux dans le premier degré de l'affection, on n'en peut ici découvrir aucune trace. Dans le premier degré, la trame osseuse n'était pas modifiée ; dans celui-ci elle a subi une hypertrophie interstitielle. L'os malade est éburné, mais il n'a pas augmenté de volume. M. Nélaton insiste beaucoup sur cette éburnation. Si dans quelques cas, aux os du carpe ou du tarse, par exemple,

on trouve une infiltration tuberculeuse avec raréfaction du tissu osseux, c'est qu'alors cette raréfaction préexistait à l'infiltration du tissu tuberculeux, comme on peut s'en assurer par l'examen des os voisins qui offrent la première sans aucune trace de la seconde.

Toute portion d'os atteinte d'infiltration purulente doit se nécroser. Il est évident, en effet que les vaisseaux étant oblitérés par le fait des altérations que nous avons décrites, la partie malade se trouve dans les conditions d'un véritable séquestre, qui tantôt est cerné par un cercle d'élimination et rapidement expulsé à la manière de la nécrose ordinaire dont il peut déterminer tous les accidents; tantôt au contraire se sépare fort tardivement, parce que l'infiltration tuberculeuse continuant dans les parties voisines, le cercle éliminatoire ne peut se former. Quelquefois cette forme d'affection tuberculeuse est suivie de la formation des kystes limités décrits dans la première variété, mais beaucoup moins souvent, en raison de l'étendue plus grande de tissu osseux affecté.

Telle est l'histoire anatomique des deux formes de l'affection tuberculeuse. M. Nélaton met en regard leurs différences principales, et l'ordre de succession des phénomènes qu'elles présentent dans le tableau suivant :

Tubercules enkystés.	*Infiltration tuberculeuse.*
1° Granulations grises demi-transparentes.	1° Infiltration grise demi-transparente.
2° Tubercule cru, opaque, enkysté.	2° Hypertrophie interstitielle du tissu osseux.
3° Excavation osseuse, perte de substance de ce tissu.	3° Infiltration puriforme.
4° Evacuation de la cavité tuberculeuse.	4° Nécrose de la partie infiltrée.
5° Hypertrophie du kyste, oblitération de la cavité; guérison (mais seulement dans les cas les plus heureux).	5° Séquestration. Corps étranger.

D'après cela, il est facile de voir qu'on ne peut confondre

la première forme avec aucune autre altération des os. Quant à la deuxième, elle est encore confondue avec la carie ou la nécrose. Elle diffère de la carie, parce que dans celle-ci il y a raréfaction, ramollissement et augmentation de la vascularité du tissu osseux, tandis que dans l'infiltration il y a éburnation et absence de vascularité. La carie d'ailleurs procède toujours de la périphérie au centre de l'os, l'affection tuberculeuse, du centre à la périphérie. Dans la nécrose simple, il n'y a pas d'hypertrophie interstitielle du séquestre; c'est encore ce dernier phénomène qui empêchera qu'on ne prenne le tubercule infiltré pour la suppuration de l'os, autrement appelée inflammation de la membrane médullaire.

Siège de l'affection tuberculeuse. — Nous avons déjà dit que chez les adultes, tout le tissu spongieux des os du tronc est rouge, tandis que celui des os longs et des os courts des membres est constitué par des mailles remplies d'une matière jaune adipeuse. Chez l'enfant, au contraire, aux os des membres comme à ceux du tronc, le tissu spongieux est rouge. Eh bien! l'affection tuberculeuse attaque spécialement le tissu spongieux rouge; de là vient que chez l'adulte on ne la rencontre guère que sur les os du tronc, tandis que chez les enfants elle est aussi commune aux extrémités des os des membres. Elle est très-rare dans le tissu compacte. Elle a été observée sur presque tous les os du corps. Voici un tableau qui indique l'ordre approximatif de la fréquence de la maladie dans chacun d'eux : 1° vertèbres; 2° tibia, fémur, humérus (chez les enfants); au fémur, l'extrémité inférieure est plus souvent affectée que la supérieure. C'est le contraire pour le tibia. Au membre thoracique les extrémités le plus souvent malades sont les cubitales; 3° phalanges, métatarsiens, métacarpiens; 4° sternum et côtes, os iliaques; 5° apophyse pétrée du temporal; 6° os courts du tarse et du carpe.

Etiologie, celle des tubercules en général. M. Nélaton l'a rencontrée plusieurs fois sur des enfants de deux à trois ans. Commune à partir de cet âge, elle est de moins en moins

fréquente de quinze à trente ans. Le sujet le plus âgé sur lequel il l'ait observée avait cinquante-cinq ans.

Après avoir ainsi donné l'histoire générale de l'évolution tuberculeuse dans les os, l'auteur étudie les tubercules dans les diverses régions du squelette, pour y trouver l'explication de divers faits jusqu'ici mal interprétés.

1° Tubercules de la colonne vertébrale (mal de Pott). On sait que les auteurs admettent deux sortes de caries de la colonne vertébrale, l'une superficielle, l'autre profonde. La première, presqu'incurable; la seconde, beaucoup moins grave. Aucun d'eux n'avait expliqué ces différences; M. Nélaton l'a parfaitement fait, en montrant que dans le premier cas il s'agissait de l'infiltration tuberculeuse, dans le deuxième des tubercules enkystés.

Lorsqu'un tubercule enkysté se développe dans le corps d'une ou de plusieurs vertèbres, il s'y creuse une cavité qui s'accroît de jour en jour. Il arrive enfin un moment où le corps de la vertèbre, réduit à une coque osseuse, ne peut plus soutenir le poids des parties qu'il doit supporter, et s'affaisse tantôt subitement, si quelques-unes des colonnes osseuses qui résistaient se fracturent brusquement, tantôt graduellement, quoique dans un temps assez court, si les parois de la cavité cèdent à la pression qu'elles supportent sans se fracturer. Cette formation brusque de la gibbosité n'appartient qu'à ce qu'on a décrit sous le nom de carie profonde, et doit être considérée comme une circonstance favorable; en effet, les parois du kyste ainsi rapprochées, celui-ci peut s'oblitérer par le mécanisme que nous avons indiqué plus haut, et la guérison peut avoir lieu. Les efforts de l'art ne doivent donc nullement s'opposer à la formation de la gibbosité; les jetées osseuses de nouvelle formation qui empêchent quelquefois sa production doivent même être considérées comme un obstacle à la guérison, car elles s'opposent au rapprochement des parois du kyste.

Dans le cas d'infiltration tuberculeuse, la gibbosité se pro-

duit au contraire toujours avec lenteur ; elle est alors la suite : 1° de la destruction des cartilages intervertébraux ; 2° de l'usure des vertèbres. Les cartilages se détruisent par un mécanisme analogue à celui de la macération, et selon la remarque de Dupuytren, en communiquant l'odeur au pus qui en est le résultat. En effet, comme l'infiltration affecte ordinairement plusieurs vertèbres, les vaisseaux qui entretiennent la vie dans les cartilages correspondants, et qui viennent du tissu osseux voisin se trouvent oblitérés par le fait de l'altération pathologique. Après cette destruction d'un ou de plusieurs cartilages, la colonne vertébrale se courbe en avant, mais il n'y a pas encore gibbosité. Celle-ci se produit définitivement par l'usure qui résulte du frottement des vertèbres les unes contre les autres. L'on trouve alors dans le foyer ou le pus un résidu de poussière osseuse qui distingue suffisamment ce cas de celui dans lequel l'affection tient à un tubercule enkysté. Ici, à la vérité, de même que dans l'infiltration, plusieurs vertèbres peuvent être détruites, mais cela tient, soit à l'ouverture de nouveaux kystes dans le foyer primitif, soit à une absorption active et nullement à une usure mécanique, car il n'y a point de poussière osseuse, et d'ailleurs des tissus vivans et exempts de lésion, tels que ceux qui entourent les kystes, ne sauraient s'altérer comme le tissu nécrosé de la vertèbre infiltrée.

L'incurabilité de l'infiltration tuberculeuse tient non-seulement à ce qu'elle attaque une plus grande longueur de la colonne, mais encore aux séquestres qui entretiennent une suppuration profonde et intarissable.

Tubercules des extrémités articulaires des os longs. M. Nelaton ne donne pas ici une histoire complète de l'espèce de tumeur blanche que constituent ces tubercules. Il les examine seulement sous le point de vue du rapport de voisinage qui existe entr'eux et la cavité articulaire. De même qu'on voit un tubercule pulmonaire s'ouvrir brusquement dans la plèvre en la perforant et déterminer subitement une pleurésie aiguë, de même un tubercule enkysté de l'os qui, comme

nous l'avons dit plus haut, a plus de tendance à se porter vers l'intérieur de l'articulation qu'à la surface extérieure de l'os, peut perforer subitement le cartilage, s'épancher dans l'articulation, y déterminer les symptômes de l'inflammation la plus violente, et par suite une désorganisation presque complète de toutes les parties articulaires. M. Nélaton en rapporte plusieurs exemples. Au contraire, l'infiltration tuberculeuse, généralement diffuse, correspond au cas où, une grande quantité de tubercules occupant le poumon, il se forme entre les deux feuillets de la plèvre des adhérences qui empêchent l'épanchement de la matière ramollie dans sa cavité. En effet, le cartilage qui revêt la portion osseuse infiltrée, avant de se détruire est affecté dans une étendue assez grande pour qu'une réaction inflammatoire soit déterminée dans la cavité séreuse. Celle-ci peut donc être complètement oblitérée avant la destruction complète de ce cartilage. Cette destruction une fois opérée, la partie infiltrée se nécrose, se sépare; c'est alors que l'on trouve dans la cavité articulaire ces portions osseuses blanches, dures, éburnées, dont l'existence étonnait si fort Boyer, et dont l'effet est d'entretenir une longue suppuration et d'entraîner le marasme et la mort, s'ils ne sont pas extraits. Malheureusement, il n'est pas encore au pouvoir de l'art de les diagnostiquer. Quand les tubercules ne parviennent pas jusqu'à l'articulation, leur marche et leurs symptômes ne diffèrent pas de ce qui a été dit dans la première partie. Un fait seul reste à noter; c'est l'arrêt de développement dans la partie qui est infiltrée; de là vient que chez les enfants un condyle du fémur croît quelquefois seul tandis que l'autre conserve le volume qu'il avait au début de l'affection.

M. Nélaton termine par quelques indications relatives aux tubercules des autres régions du tissu osseux.—Ainsi, le *spina ventosa* des enfants, qui attaque les phalanges, les os métatarsiens et métacarpiens, n'est autre chose qu'un tubercule enkysté, et guérit ordinairement sans amputation. Certaines otites chroniques ne sont souvent que le résultat de la même affection.

Enfin les nécroses centrales du calcanéum ne sont souvent, chez les enfans surtout, que le résultat d'une infiltration tuberculeuse.

Les recherches remarquables de M. Nélaton étaient connues depuis longtemps par des communications verbales. Aussi l'observation éveillée sur ce sujet a-t-elle pu vérifier nombre de fois l'exactitude de ses observations. Nous l'avons donc suivi pas à pas, nous bornant au simple rôle d'analyste, exigé par la multiplicité des détails nécessaires à l'intelligence d'un sujet à peu près neuf. Nous pouvons l'assurer, la connaissance de l'affection tuberculeuse des os jette un jour tout nouveau sur l'histoire de plusieurs maladies de ce tissu. Sans doute, comme le dit l'auteur, de plus longs détails appartiendraient à une description complète de ces maladies. Il est facile de voir néanmoins que les conséquences principales ont été seules indiquées. Espérons que M. Nélaton se chargera de combler les lacunes. S'il est nécessaire pour cela qu'il embrasse la généralité des lésions de tissu des os, personne, après la lecture du travail précédent, ne nous accusera de partialité, quand nous disons que la tâche n'est pas au-dessus de ses forces. A. G.

Mémoire sur des procédés opératoires nouveaux pour le traitement des ouvertures anormales de la partie antérieure du canal de l'urètre chez l'homme; par J. F. DIEFFENBACH, *professeur de chirurgie à l'Université de Berlin*. (Fin).

Suture entortillée; incisions latérales, et isolement complet des bandes cutanées comprises entre les incisions et les bords de la plaie. — Au moyen de ce procédé, j'ai résolu le problème de l'oblitération des ouvertures modérément larges du canal de l'urètre. L'opération se fait de la manière suivante : Après avoir introduit une sonde en gomme élastique, on saisit les bords de l'ouverture avec une pince érigne et on les enlève avec le bistouri, en ayant soin de les tailler de manière à lais-

sur une plaie qui soit terminée à ses deux extrémités en angle aigu. On saisit alors de nouveau les bords de la plaie, et l'on détache la peau des tissus sous-jacents dans l'étendue de trois ou quatre lignes. Ensuite on réunit les bords de la plaie par des points de suture entortillée, en quantité suffisante pour que l'ouverture morbide soit complètement fermée. On pratique, de chaque côté, sur la peau du pénis, une incision parallèle à la suture, deux fois aussi longue que celle-ci.

Le second temps de l'opération consiste à isoler, du tissu sous-jacent, les espèces de ponts que forme la peau comprise dans les incisions latérales. On y parvient en dirigeant le bistouri horizontalement, et en le portant sous la peau à partir des incisions latérales. Pendant cette dissection, les bords de la peau, du côté de la nouvelle plaie, sont soulevés et tendus avec une pince érigne, et la dissection est faite assez exactement pour qu'en soulevant ces espèces de ponts, on puisse apercevoir la sonde qui a été placée dans l'urètre. J'ai pratiqué cette opération dans le cas suivant.

Obs. — L. F., considérablement affaibli par toutes sortes d'excès, ayant été fréquemment affecté de gonorrhée et de chancres, et ayant eu enfin des symptômes d'infection générale dont il avait été guéri par les frictions mercurielles et par l'emploi de la décoction de Zittman, portait une ouverture anormale de l'urètre, située vers la partie moyenne de la verge, et pouvant admettre une sonde du plus gros diamètre. D'après le récit du malade, un ulcère situé extérieurement avait détruit peu-à-peu la paroi urétrale de dehors en dedans, ce qui paraissait extrêmement probable d'après l'état des tissus environnants. D'autres chirurgiens avaient fait, sans succès, plusieurs tentatives pour obtenir la cicatrisation de cette plaie par la cautérisation. Je fis l'opération exactement comme je viens de l'indiquer. Pendant les premiers jours, il ne survint rien qui fût digne d'être noté, si ce n'est la tuméfaction des téguments de la verge, et en particulier des espèces de ponts dont il a été parlé. Malgré des érections nocturnes fréquentes, la suture n'éprouva pas le plus léger dérangement, parce que toute tension se trouva prévenue par la dissection complète de ces espèces de ponts. Le quatrième jour, j'enlevai une aiguille à chaque angle de la plaie, et je reconnus que dans ces deux points la réunion s'était effectuée. La

surface inférieure des ponts tuméfiés était recouverte de bourgeons charnus, et bientôt je m'aperçus que cette surface devenait adhérente aux parties sous-jacentes vers la ligne médiane; et en effet cette adhérence était si solide, que lorsque j'eus enlevé toutes les aiguilles, les ponts ne revinrent point à leur ancienne position.

Je ne dois pas oublier de dire qu'il s'était écoulé sur les côtés de la sonde un peu d'urine qui avait passé par les ouvertures latérales. Le cinquième jour, j'enlevai les quatre dernières aiguilles, et je trouvai que les bords de la plaie s'étaient réunis, de manière à ne laisser qu'une petite ouverture de la grandeur d'une graine de moutarde. Cinq jours après, j'en obtins l'oblitération au moyen de la cautérisation avec la teinture de cantharides. Les incisions latérales se comblèrent peu-à-peu par le développement des bourgeons charnus. Le quinzième jour, il n'y avait plus aucune communication de ces plaies avec l'urètre, et au bout de trois semaines, la cicatrisation était complète.

Ce ne fut point sans une vive satisfaction que je reconnus qu'à l'aide de ce procédé, j'avais pu obvier au grave inconvénient qui compromettait le plus souvent le succès de mes opérations. Mais j'avais encore à déterminer un point également important pour la réunion des ouvertures étendues de l'urètre. Les bords minces de la peau qui entoure l'ouverture fistuleuse présentent des points de contact si bornés, et offrent si peu de tendance à adhérer par première intention, qu'on ne peut pas toujours beaucoup compter sur eux. D'un autre côté, la tendance des mêmes parties à adhérer par leur surface inférieure à une autre surface avivée, est très-marquée à cause de l'abondance du tissu cellulaire; en un mot, dans ces plaies, il n'y a qu'une faible tendance à la réunion par bords, et une très grande à la réunion par surfaces. En conséquence, je résolus, dans tous les cas difficiles, et en tenant compte des différences individuelles, de découvrir une surface saignante étendue, et de la recouvrir avec un lambeau de peau, puis d'unir les bords par des points de suture, moyen sur lequel on ne compterait plus que d'une manière secondaire.

Suture à attelle. — Dans les cas de perte de substance très-étendue, principalement lorsque chacune des lèvres de la plaie

n'est recouverte que par une très-petite quantité de peau, la méthode qui vient d'être décrite ne serait peut-être pas suffisante pour procurer l'oblitération de la plaie. Alors, on pourrait avec avantage modifier l'opération de la manière suivante :

1° Aviver les bords de la peau, afin d'en rendre la réunion possible, et séparer la peau du tissu cellulaire sous-jacent.

2° Réunir les bords par la suture continue.

3°. Incisions latérales et isolement complet des ponts, qui, dans ce procédé, doivent être d'un tiers plus larges, et qui doivent être assez bien disséqués pour qu'en les soulevant, on aperçoive par-dessous la sonde placée dans le canal de l'urètre.

4° L'application, le long des ponts, de deux petites attelles de cuir, de la même longueur que ceux-ci, et destinées à maintenir en contact les surfaces saignantes. Ces petites attelles doivent être d'un cuir modérément raide, avoir trois lignes de largeur, et porter trois trous d'aiguille. On les applique, de chaque côté, le long du bord interne des ponts, et on les pousse l'une contre l'autre, avec la peau, entre le doigt et le pouce. Alors, on passe les aiguilles dans les trous des attelles, et, en même tems, dans l'épaisseur des deux ponts ; enfin, on entortille les fils autour des extrémités des aiguilles, qu'on a préalablement raccourcies, comme dans la rhinoplastique. Afin d'éviter la mortification des ponts, dans le cas de gonflement, on ne doit serrer les parties l'une contre l'autre qu'avec modération. Ce procédé opératoire me paraît propre à assurer le succès, dans les cas difficiles.

Si, lorsqu'on opère sur une verge très-petite, au lieu de deux incisions latérales, on ne fait qu'une seule incision très-longue à la face dorsale de la verge, détachant ensuite complètement la peau de chaque côté, le résultat doit être certainement fâcheux, car l'urine qui s'écoule le long de la surface extérieure de la sonde ne peut s'écouler au-dehors.

Je n'ai point encore employé la méthode que je viens de décrire ; mais je crois qu'elle serait couronnée de succès.

VI. *Méthodes de transplantation.* — Dans les opérations dont on vient de lire la description, je me suis considérablement rapproché d'une véritable transplantation. Toutefois, il ne s'agissait encore que d'attirer la peau, directement d'un point à un autre, dans son voisinage immédiat. Dans les procédés opératoires suivants, la peau est attirée d'une plus grande distance, ou retournée latéralement, ou tordue sur un pédicule, en un mot, elle est transplantée. Les divers procédés par transplantation, sont déterminés d'abord par le siège de la plaie urétrale ; secondement, par l'étendue de la plaie.

Lorsqu'il y a perte considérable de substance à la partie postérieure de la verge, c'est la peau du scrotum que l'on emploie avec le plus d'avantage. Lorsque l'urètre est détruit dans une grande étendue, vers le milieu du pénis, on doit prendre la peau de la face dorsale de celui-ci. Lorsque la plaie est située à la partie antérieure de la verge, immédiatement derrière le repli du prépuce, on prend la peau qui recouvre la portion moyenne de l'organe. Enfin, lorsque la perforation a son siège à la base du gland, au-dessous du prépuce, on se sert de ce dernier lui-même.

Transplantation de la peau du scrotum sur une perforation située au-devant de cette partie. — 1° Une sonde élastique est placée dans la vessie. On saisit, avec une pince-érigne, les bords de la plaie que l'on dissèque de manière à donner lieu à une plaie tranversale terminée à chaque extrémité par un angle aigu. Ces angles doivent embrasser la moitié de la circonférence de la verge; il est nécessaire d'enlever ainsi une portion de la peau de chaque côté, afin que la peau du scrotum puisse être appliquée sur la perte de substance sans faire des plis.

2° On soulève ensuite un pli longitudinal du scrotum, en arrière de la perforation, dans la direction du raphé, et on le divise transversalement dans l'étendue de deux pouces. On isole la portion de peau divisée, vers la partie moyenne, au

moyen de quelques coups de bistouri dirigés horizontalement.

3° On amène ensuite en avant le lambeau transversal pris sur le scrotum, et l'on réunit son bord antérieur avec le bord de la peau du pénis, au moyen de cinq ou six points de suture entortillée. Afin de donner un écoulement aux gouttes d'urine qui pourraient s'échapper, on introduit sous le lambeau une sonde en gomme élastique, longue de deux pouces, et qui est mise en communication avec l'ouverture de l'urètre.

Cette méthode a certainement un grand avantage sur celle qui consiste à prendre sur le scrotum un lambeau à pédicule étroit, qui se flétrit et se sphacèle facilement. Le pont ainsi formé, ayant deux points d'attache fixes, recouvre parfaitement la perforation. On enlève les aiguilles au bout de quelques jours, lorsque la réunion est complète. Si les bords se séparaient en quelques points, on pourrait les soutenir avec des bandelettes agglutinatives. L'ouverture accessoire se cicatrise la dernière.

Le Dr. Magnus m'a communiqué un cas intéressant de transplantation d'un lambeau pris sur le scrotum, pour le traitement d'une perforation étendue de l'urètre, par M. Ricord. Cette opération fut faite peu de tems après mon départ de Paris. La perte de substance de l'urètre s'élevait à plus d'un pouce. M. Ricord ayant avivé les bords de la perforation, disséqua un large lambeau sur le scrotum, d'un côté du raphé, contourna ce lambeau, l'appliqua sur la perforation, et le maintint au moyen d'un certain nombre de points de suture. L'opération échoua parce que le lambeau se gangréna, malgré tous les soins que M. Ricord apporta dans l'opération et dans le traitement consécutif.

Rotation sur son axe d'un anneau complet de la peau de la verge, pour recouvrir de larges perforations par perte de substance, situées à la partie moyenne de l'urètre. — Cette méthode est la plus difficile et la plus importante de toutes

celles qui ont été décrites jusqu'ici. J'en ai conçu l'idée pour les cas où l'urètre a subi une perte de substance considérable, vers la partie moyenne de la verge, et principalement lorsque la peau a été détruite autour de la plaie, et que, par conséquent, il est impossible d'en amener les bords au-dessus de la perforation, même après les incisions latérales et la dissection complète des ponts.

1° On détache les bords de la peau autour de la perforation, à partir des points ou l'on peut les soulever avec une pince érigne. On étend cette dissection aussi loin qu'on peut l'exécuter avec facilité, mais on n'excise aucune portion de ces bords.

2° On soulève, en le pinçant, à l'un des côtés de la racine de la verge, un pli cutané longitudinal que l'on divise transversalement. L'incision doit représenter les deux tiers d'une circonférence qui embrasse le corps de la verge. Alors, après avoir attiré un peu en arrière la peau externe du prépuce, on pince de la même manière la peau du côté opposé du pénis, derrière la couronne du gland, en un pli longitudinal que l'on incise de manière à cerner les deux tiers de la circonférence de la verge.

3° La plus grande partie de la peau comprise entre les deux incisions doit être alors détachée. On accomplit cette dissection rapidement, en soulevant les bords avec une pince et en divisant le tissu cellulaire lâche situé au-dessous, avec des ciseaux très-fins et très-bien affilés.

4° Aussitôt qu'on a détaché la portion annulaire de peau comprise entre les deux incisions demi-circulaires, qui constitue à la partie principale des téguments de la verge, et ordinairement deux pouces d'étendue, on lui imprime un mouvement complet de rotation, de telle sorte que la peau saine qui occupait le dos du pénis est amenée au-dessous et vient recouvrir la plaie, tandis que la partie perforée se trouve repoussée sur la face dorsale de la verge. Si cette manœuvre produit des tiraillements de la peau, aux angles postérieur

et antérieur de la plaie, on peut y faire une incision dans le sens longitudinal, à partir des angles de la plaie, en arrière vers la racine de la verge, et en avant dans l'épaisseur même du prépuce.

5° Les points du suture entrecoupée à la plaie antérieure et à la plaie postérieure sont utiles principalement pour empêcher que la peau ne revienne à sa position primitive. De petites bandelettes d'un emplâtre agglutinatif très-adhérent, appliquées avec soin, servent non seulement à soutenir les points de suture, mais encore, ce qui est peut-être plus important, à comprimer légèrement la peau contre le pénis, et à s'opposer ainsi à ce qu'il ne se forme une couche de sang coagulé entre eux deux ; aussi est-il nécessaire d'arroser les parties avec de l'eau froide avant de mettre les bords en contact, et de n'établir les points de suture que lorsqu'il ne vient plus de sang. Une sonde fine en gomme élastique est introduite par dessous le bord postérieur de la plaie, à la partie inférieure de la verge, et mise en rapport avec la perforation de l'urètre, afin de donner une libre issue à l'urine qui pourrait s'échapper sur les côtés de la sonde placée dans l'urètre.

Après cette opération, il est indispensable qu'un aide intelligent reste constamment auprès du malade ; car, au moment des érections nocturnes, il faut diviser les bandelettes agglutinatives sans les enlever, afin d'empêcher que leur constriction n'exerce quelque influence fâcheuse sur la peau.

Vers le 4e ou le 5e jour, lorsqu'on voit que l'adhérence est suffisamment établie, on enlève les aiguilles ; mais il faut continuer avec la plus grande exactitude l'application des bandelettes agglutinatives. Quand l'agglutination des parties est opérée dans la plus grande étendue, la sonde fine qui avait été renouvelée deux fois par jour, est retirée de dessous la peau pour n'être plus replacée.

Transplantation d'un repli annulaire du prépuce en arrière, pour recouvrir une perforation de l'urètre située der-

rière le prépuce. — Quand l'urètre est perforé immédiatement derrière le prépuce, l'opération qui est indiquée alors consiste dans la transplantation annulaire de la peau externe du prépuce. L'opération se fait de la manière suivante :

1° On forme, au-devant de l'ouverture, avec la peau externe du prépuce, un pli longitudinal que l'on incise en travers ; si l'incision faite à la peau n'a pas embrassé les deux tiers de la circonférence du pénis, on doit agrandir la plaie des deux côtés en remontant vers la face dorsale. On fait ensuite, à une distance plus ou moins grande en arrière de la perforation, suivant que la peau s'y prête plus ou moins, un autre pli longitudinal que l'on divise obliquement, de manière à ce que les extrémités des deux incisions viennent former un lambeau ovale terminé par deux pointes, et dont le milieu plus large est occupé par l'ouverture fistuleuse. On enlève ensuite, en dédolant, le lambeau de peau isolé.

2° On soulève avec une pince-érigne le bord de la peau divisée du prépuce, et l'on coupe avec des ciseaux fins le tissu cellulaire qui unit la peau externe de cet appendice à sa lame interne. On fait ensuite, au frein et à la lame interne du prépuce, une ouverture longue d'un demi-pouce environ : cette incision est destinée à donner passage au pus secrété par la plaie, et à permettre l'introduction d'une petite bougie qui doit servir à éviter l'infiltration de l'urine. On ramène en arrière le bord postérieur de la peau externe du prépuce, de manière à recouvrir la perforation, et on le réunit au bord correspondant de la peau du pénis. Cette réunion se fait à l'aide de sept ou huit points de suture. On maintient l'anneau cutané plus serré, en appliquant de petites bandelettes agglutinatives qui se croisent l'une l'autre de la partie inférieure à la partie supérieure. Lorsque le prépuce est très-étroit, il faut diviser les deux lames de ce repli cutané jusqu'à la couronne du gland. Le traitement consécutif ne présente rien de particulier. L'urine qui s'échappe à la surface externe de la sonde, trouve un écoulement par l'ouver-

ture qui a été pratiquée dans la lame interne du prépuce.

Transplantation annulaire de la peau du pénis pour recouvrir les perforations situées immédiatement derrière le gland, lorsque le prépuce manque. — La cure des perforations qui ont leur siége immédiatement derrière le gland, est incontestablement une des choses les plus difficiles de la chirurgie. Jusqu'à présent je ne sache pas qu'on ait jamais guéri un malade atteint de cette infirmité. On manque ici de points d'attache naturels pour fixer la peau du prépuce qu'on veut transplanter. Les bords d'une telle plaie, ainsi que les parties environnantes, sont durs et calleux ; en effet, le plus souvent elle reconnaît pour cause un chancre invétéré du frein, qui, coexistant avec l'étroitesse du prépuce, ronge d'abord ce dernier, et continue ensuite ses ravages jusqu'à l'urètre dont il détruit la paroi.

Le cas devient plus difficile encore quand le malade n'a point de prépuce, comme cela a lieu chez les juifs. Alors, on ne trouve rien aux environs de la plaie pour en opérer l'oblitération. Chez les juifs, par exemple, non seulement les deux lames du prépuce, mais encore une portion considérable de la peau située en arrière, sont enlevées dans la circoncision.

L'opération suivante est la seule qui offre quelques chances de succès, dans un tel cas :

1° On excise avec soin les bords calleux de la perforation, et l'on enlève de chaque côté un petit lambeau triangulaire ; alors, si l'on déprime le gland, les bords de la plaie se rapprochant l'un de l'autre, on n'aperçoit plus qu'une fente. Dans cette position, on établit deux points de suture. Quand le premier fil a été noué, on coupe un des chefs, et, au moyen d'une aiguille droite, à pointe mousse, on engage l'autre chef dans l'urètre par l'orifice duquel on le fait sortir. Quand le second fil a été noué, on agit comme pour le premier, en faisant passer l'aiguille entre les deux bords rapprochés.

Toutefois on aurait le plus grand tort de compter sur un tel rapprochement.

2° Dans le second temps de l'opération, on avive non-seulement le pourtour de l'ouverture, mais encore toute la face inférieure du gland, jusqu'à une ligne de l'urètre. On opère cette dissection en soulevant la couche cutanée superficielle avec une pince-érigne, et en la détachant avec un petit scalpel. Les limites de la surface avivée sont marquées par une incision perpendiculaire à la surface du gland, afin que le bord du lambeau transporté puisse être accolé à un autre bord, et ne soit pas couché à plat sur le gland. Il résulte de cette disposition une union uniforme. La forme de la surface avivée est celle d'un ovale coupé en travers. L'extrémité arrondie regarde vers la perforation de l'urètre; le côté rectiligne est dirigé en arrière, et les angles de ce côté s'étendent jusque sur la face dorsale du pénis.

3° Le lambeau de peau qui doit recouvrir la perforation, est pris à la partie postérieure et inférieure de la verge. On soulève, en ce point, un pli de peau que l'on divise obliquement. Les extrémités de la plaie sont dirigées obliquement en haut et en avant vers la face dorsale, de manière que le lambeau annulaire puisse mieux être attiré en avant. Ensuite on sépare ce lambeau des tissus sous-jacents, et on ne le laisse adhérer qu'à la face dorsale de la verge.

4° Le bord antérieur du lambeau annulaire est attiré sur la surface avivée, au moyen d'une pince-érigne, et réuni avec soin, au bord taillé à pic à la surface du gland, par des points de suture entortillée. A raison de sa flexibilité et de son peu d'épaisseur, on peut lui donner toute espèce de forme. On recouvre de charpie fine la surface à laquelle on a emprunté le lambeau, et l'on soutient tout l'appareil par quelques bandelettes agglutinatives. Une sonde fine est introduite par dessous le bord postérieur du lambeau annulaire, pour donner un écoulement à l'urine. Les chefs des ligatures qui sortaient par l'orifice naturel du gland, doivent être enlevés dès qu'ils sont entièrement détachés.

Transplantation annulaire de la peau de la surface inférieure de la verge, pour la cure d'une perforation de l'urètre située derrière le gland, avec absence du prépuce. — Je dois reconnaître que j'ai exécuté cette opération sans succès, d'après le procédé qui vient d'être décrit. Sans doute je n'eusse pas échoué, sans les circonstances défavorables qui ont eu lieu dans ce cas. Le malade était un juif, âgé de 20 ans, dans la plénitude de la santé et de la force. La perforation de l'urètre avait été produite par un ulcère syphilitique de mauvais caractère, qui avait débuté dans l'endroit où le frein s'insère au gland. Le docteur H. Berends était parvenu à guérir complètement l'affection vénérienne par un traitement mercuriel convenable.

OBS. — Il existait une perforation de l'urètre immédiatement derrière le gland, pouvant admettre un gros pois; les bords de la plaie étaient calleux. On pouvait voir, à travers cette ouverture, la paroi supérieure de l'urètre qui était d'une couleur rouge foncée. La plus grande partie de l'urine s'échappait par la plaie. Je pratiquai l'opération d'après les principes qui viennent d'être exposés. Malgré ses bonnes résolutions, le malade rendit l'opération très-difficile par son agitation et ses efforts : cependant elle réussit tellement bien, que le plus exact rapprochement fut obtenu. Le traitement fut sévèrement antiphlogistique, et l'on fit des lotions froides avec assiduité. La réunion étant presque complète, à l'exception de quelques points de suppuration çà et là, on remplaça les applications froides par des lotions avec l'acétate de plomb tiède, et le gonflement et la rougeur disparurent. Le 4.e jour, la plus grande partie des aiguilles furent enlevées, et le lambeau conservait ses nouveaux rapports, lorsqu'une fâcheuse circonstance vint tout détruire. Le malade ne put se défendre des érections qui survenaient dès qu'il fermait les yeux. Enfin, il eut une pollution, pendant laquelle la sonde fut chassée hors de la vessie, malgré les rubans de fil qui l'attachaient, et resta fortement courbée dans l'urètre. Le sperme s'était échappé en partie par la sonde, et en partie sur les côtés de celle-ci. Les adhérences récentes ne purent résister à cette violence inattendue, et elles se rompirent en totalité. J'essayai d'obtenir une nouvelle réunion à l'aide de bandelettes agglutinatives; mais ayant échoué dans cette tentative, je m'occu-

pai de conserver la peau, qui reprit son ancienne situation. Le reste de la plaie artificielle se guérit par les bourgeons charnus, et le malade se trouva exactement dans le même état qu'avant l'opération.

Oblitération d'une large perforation de l'urètre située derrière le gland, par la transplantation de la peau du prépuce. — J'ai pratiqué cette opération à Paris, avec l'assistance du docteur Aronssohn, de Strasbourg.

OBS. — M. S., ancien officier, d'une haute taille, et paraissant jouir d'une belle santé, portait une perforation de l'urètre assez grande pour admettre une petite fève. Les chirurgiens les plus distingués lui avaient dit qu'il ne pourrait jamais être délivré de son infirmité, ce qui le mettait au désespoir. Non-seulement la paroi inférieure du canal, mais même ses parois latérales avaient été détruites, et l'on eût dit que l'urètre avait été découpé en ce point avec un bistouri. La paroi supérieure qui restait seule, avait l'aspect du velours rouge. Les parties circonvoisines formaient une cicatrice dure, calleuse, aplatie. Le prépuce, qui était long et épais, recouvrait complètement la plaie dans l'état ordinaire; mais celle-ci redevenait très-apparente dès qu'il était attiré en arrière. Cette perforation occupant une place si peu favorable, était le résultat d'un ulcère syphilitique étendu et rebelle. Le malade avait été pendant long-temps en proie à des symptômes d'infection générale dont il avait été délivré par M. Aronssohn.

L'opération fut faite en présence de MM. Aronssohn, Ségalas, Gaymard, Philip, Deubel, et de plusieurs médecins de Paris dont j'ai oublié les noms.

Le malade étant couché horizontalement, je plaçai dans l'urètre une sonde de gros calibre; je renversai fortement le prépuce; je donnai à la plaie la forme d'une feuille de myrthe placée transversalement, et je réunis les deux bords de cette ouverture, après avoir préalablement abaissé le gland. Un des chefs de chaque ligature fut amené à l'orifice externe de l'urètre. J'avivai la face inférieure du gland jusqu'à la perforation, ainsi que la demi-circonférence inférieure de la couronne. Je dénudai de même la portion inférieure du prépuce en enlevant sa lame interne, et j'obtins ainsi deux surfaces saignantes parfaitement correspondantes.

Après avoir arrêté avec soin l'écoulement du sang, je ramenai le prépuce sur le gland. Les deux surfaces avivées se correspondirent exactement. Je réunis, au moyen de la suture entortillée, le bord

antérieur du prépuce au gland, puis je fendis de chaque côté la peau du prépuce ; j'eus ainsi un lambeau inférieur moyen qui resta adhérent à la surface dénudée du gland et de la couronne, et j'obviai au danger d'un paraphymosis, qui, sans cette précaution, n'eut pas manqué de se former. Par cette double incision, je laissai également une issue à l'urine qui pouvait s'échapper.

Après l'opération, le malade fut placé dans son lit, et l'on fit des lotions froides nuit et jour. Malgré cette précaution, il se fit bientôt une réaction locale très-violente. On appliqua des sangsues sur le pubis et sur la région inguinale. Pour prévenir plus certainement le contact de l'urine, M. Sawyer, jeune chirurgien américain, plaça le syphon continu dont il est l'inventeur.

Cet appareil ingénieux se compose d'un tube élastique de plusieurs aunes de long, à-peu-près de la grosseur d'une sonde de gros calibre, mais beaucoup plus flexible. A la partie moyenne du tube est adaptée une poche en gomme élastique, à parois minces, contenant environ une pinte d'eau, et dont le col communique avec l'intérieur du tube par un conduit capillaire. Pour appliquer l'appareil, on remplit d'abord la poche d'eau froide ; l'extrémité supérieure du tube, qui est munie d'un embout métallique, est introduite dans la sonde. Alors le sac est posé sur le bord du lit ou suspendu à côté, et l'extrémité inférieure du tube arrive dans un vase placé au pied du lit, et dans lequel il y a une légère couche d'eau. La personne qui place l'appareil exerce une succion à l'extrémité inférieure du tube ; l'eau contenue dans la poche arrive, en passant par le conduit capillaire, jusque dans le tube de succion, et continue a couler goutte à goutte, d'une manière constante ; immédiatement après, l'urine arrive de la vessie, et continue à s'écouler conjointement avec l'eau.

MM. Sawyer, Philip et Deubel donnèrent à l'envi des soins au malade, dont le traitement fut dirigé en commun par M. Aronssohn et moi. Au bout d'un petit nombre de jours, quelques aiguilles purent être enlevées, et l'on put constater la consolidation progressive des bords de la plaie. Le cinquième jour, considérant la guérison comme certaine, je crus pouvoir faire une courte absence de Paris. A mon retour, vers minuit, le portier s'écria : « On vous a demandé plus de vingt fois ce soir ; M. S. est mourant. » M. S. n'était point mourant, mais il s'était opéré un changement considérable dans son état. La verge avait atteint le volume d'un spéculum ; sa couleur était d'un rouge noir ; sa température était extrêmement élevée ; le visage du malade était tuméfié ; ses yeux

étaient hagards et parfois fixes; le pouls était dur et plein; il y avait une exaltation extrême, et, de temps en temps un délire frénétique. Une large saignée du bras, des applications froides sur la tête, des purgatifs salins, des lotions faites sur la verge avec de l'eau saturnine tiède, furent suivis d'une amélioration notable de tous les symptômes, vers le matin.

Malgré l'action du syphon, le changement qui s'était opéré dans l'état de la verge provenait d'un phénomène qui m'était bien connu, l'infiltration de l'urine, qui menaçait de tout détruire. En conséquence, j'enlevai le reste des aiguilles pendant la nuit, et je fis une incision à la partie inférieure du pénis, derrière le prépuce transplanté; puis, à l'aide d'une douce pression, je fis sortir une grande quantité de pus clair mêlé à une sérosité urineuse. Je retirai alors la sonde, en partie parce qu'elle n'avait pas empêché l'infiltration de l'urine, et en partie pour diminuer l'irritation de l'urètre et de la vessie, et je prescrivis au malade d'uriner en plongeant la verge dans un bain local d'eau tiède.

Le lendemain, l'inflammation locale avait subi une telle amélioration, que le succès de l'opération ne paraissait plus douteux. Toutefois nous eûmes à combattre une excitation mentale très-forte. La persévérance dans le traitement antiphlogistique, les bains chauds, etc., rétablirent enfin le système nerveux, et au bout de quelques semaines, le malade put quitter son lit. Lorsque je quittai Paris, M. S. n'était pas loin de son départ. Le pénis avait un aspect tout-à-fait naturel. Quand on abaissait le prépuce, la portion de cet appendice dont on s'était servi pour réparer la perte de substance de l'urètre, restait adhérent au gland. Ce lambeau était devenu tellement petit, qu'il ressemblait au frein ordinaire de la verge. On n'apercevait aucune trace de l'ancienne ouverture. Cependant quand l'urine était chassée avec force, on observait un petit suintement urineux qui se faisait par une ouverture presqu'imperceptible située sur le côté du lambeau. Je conseillai à M. Aronssohn de toucher, à plusieurs reprises, ce petit trou qui suppurait encore, au moyen d'un pinceau de poil de chameau trempé dans la teinture concentrée de cantharides. Je quittai alors Paris, satisfait d'avoir pu observer par moi-même un aussi beau resultat.

Longtemps après mon retour à Berlin, M. S. m'écrivit que le petit trou existait encore, car il observait toujours un léger suintement en ce point. Je recommandai l'emploi de la teinture de cantharides, puis je restai sans nouvelles pendant longtemps.

Enfin l'année dernière, il m'a fait savoir qu'il était parfaitement guéri.

Remarques sur les procédés opératoires qui précèdent. — De tout ce qui précède, il résulte que la plupart de mes premiers essais ont échoué, et que, dans les cas où j'ai opéré d'après mes nouvelles méthodes, et où j'ai eu en vue d'obvier aux accidents fâcheux qui avaient compliqué les premières opérations, il s'est encore développé des symptômes extrêmement graves, lors même que le succès a couronné mes tentatives. Ces symptômes ont été jusqu'à mettre la vie en danger chez le malade dont on vient de lire l'histoire.

Aussi n'étais-je pas complètement satisfait de ces procédés opératoires, malgré que j'eusse obtenu, avec leur secours, la guérison d'une maladie jusque-là réputée incurable.

L'infiltration de l'urine est la seule cause à laquelle on doive attribuer les insuccès, de même que les symptômes violents qui se sont développés. La suture entortillée, avec les incisions latérales et l'isolement complet des bandes cutanées comprises entre les incisions et la plaie, obvient complètement à ce grave inconvénient. Mais ce procédé n'est guère applicable qu'aux perforations qui sont situées à la partie moyenne de la verge. J'étais donc avide de trouver un procédé opératoire dans lequel les bords de la perforation et les tissus situés dans leur pourtour, ne fussent pas du tout entamés et exposés au contact de l'urine. Car, lors même qu'il n'y a qu'une simple piqûre d'aiguille, si l'urine y arrive, il peut se produire une infiltration urineuse, capable non seulement de faire échouer l'opération, mais même de donner naissance aux symptômes les plus graves. L'opération qui va être décrite, paraît être de toutes la plus avantageuse; elle peut convenir également à diverses espèces de mutilations de la verge. Comme elle n'exige qu'une petite plaie, on peut essayer d'abord, et, si elle échoue, recourir ensuite à d'autres procédés, suivant les indications.

Envisagée d'une manière générale, elle consiste à exciter

de l'inflammation dans les bords de la plaie, par des moyens artificiels, et à fermer l'ouverture avec une ligature. Je l'ai employée avec succès, depuis quelques années, dans le traitement des fistules vésico-vaginales et anales.

Emploi de la suture en cordon de bourse (Schnür-Nath) *dans le traitement des perforations du canal de l'urètre.* —Ce procédé opératoire est applicable aux perforations de la partie antérieure de l'urètre, quel qu'en soit le siége, excepté quand elles sont situées immédiatement derrière le gland. Mais il est indispensable que la plaie soit entourée par une peau saine et extensible. Elle est encore moins praticable quand les bords de la peau manquent complètement, et que le tissu fibreux des corps caverneux n'est recouvert que par un mince épiderme.

1° Il faut toucher les bords de la plaie, plusieurs fois par jour, avec un pinceau trempé dans de la teinture concentrée de cantharides. Le lendemain matin, on trouve des vésicules dans la perforation et à l'entour. On enlève l'épiderme ainsi détaché avec une petite pince, et l'on en débarrasse avec soin l'intérieur de la perforation.

2° Après avoir placé dans l'urètre une sonde de gomme élastique, on passe un fil de soie double, fort et ciré, tout autour de la plaie, à un quart de pouce de son bord libre, et plus près de l'orifice interne de la fistule que de son orifice externe. Comme il n'est pas facile de faire décrire ce trajet circulaire en une seule fois à l'aiguille, il est nécessaire de la retirer au moins trois fois, pour l'introduire de nouveau dans la même piqûre. Enfin, l'aiguille et le fil viennent sortir par la première piqûre : les deux bouts de la ligature pendant alors par cette petite piqûre, tandis que l'anneau formé par cette même ligature est enseveli dans le tissu cellulaire, et entoure la perforation urétrale à une certaine distance de son bord. Extérieurement, on n'aperçoit rien que les deux bouts du fil. On doit se diriger par le toucher dans l'application de cette suture. Le fil doit être placé profondément, mais

il ne faut pas traverser de part en part la paroi de l'urètre, de crainte que l'urine ne s'infiltre par cette voie.

3° On serre alors la ligature, ce qui doit être fait lentement et avec beaucoup de douceur. On diminue graduellement le cercle, et les bords de la perforation arrivent enfin au contact, de manière à oblitérer complètement l'ouverture anormale. Dès que le second nœud a été fait, la ligature s'enfonce dans le tissu cellulaire, et l'on n'en voit plus que les extrémités qui pendent au dehors; on retire alors la sonde et l'on permet au malade d'uriner naturellement. La ligature est appliquée autour de la fistule de la même manière qu'autour d'une artère. Lorsque l'opération ne réussit pas du premier coup, on peut la renouveler plusieurs autres fois successivement.

Il n'est pas facile d'exécuter cette suture. Lorsque la fistule urétrale forme un canal dont on peut sentir à l'extérieur les parois comme un cordon, on peut appliquer facilement la suture d'une autre manière. On presse transversalement, entre le pouce et l'indicateur, le cordon que forme le trajet fistuleux, après avoir préalablement attiré un peu la peau en arrière. Le cordon glisse entre les doigts et se porte en avant. On passe alors une aiguille à travers la peau, et on la retire en laissant la ligature dans la plaie. Puis, attirant la peau en avant, on repasse la même aiguille dans les mêmes piqûres. De cette manière, le trajet fistuleux se trouve entouré par la ligature que l'on serre autour de lui.

Après cinq ou six jours, lorsque l'anneau de fil est tout-à-fait relâché et peut être attiré un peu au-dehors, on le divise, et l'on applique sur la partie un emplâtre agglutinatif. Pendant tout le traitement, l'emploi de la sonde est inutile, et on laisse le malade uriner naturellement. S'il reste un petit trou fistuleux après l'opération, on peut renouveler la même suture au bout de quelques semaines. Ce procédé opératoire est indiqué dans tous les cas de petites fistules de l'urètre, que je traiterai toujours de cette manière à l'avenir. J'ai employé ce procédé nouveau dans le cas suivant :

M. Mellin, officier de la marine russe, âgé de 23 ans, servait à bord d'un vaisseau russe qui faisait partie de la station de la Méditerrannée, et qui avait ordre de croiser les pirates grecs. Un matin, on aperçut soudainement, à une très-courte distance, un de ces pirates qui salua immédiatement le vaisseau russe par une décharge de mousqueterie. M. Mellin, qui dormait tranquillement sur le pont, couché sur le dos, fut réveillé par le bruit du canon et par une sensation douloureuse à la verge. Celle-ci se trouvant dans un état d'érection, pendant le sommeil, une balle l'atteignit de droite à gauche, à travers les vêtements, à sa face inférieure et moyenne, emporta une grande partie de son enveloppe tégumentaire et une portion considérable de l'urètre; puis, continuant son trajet dans une direction oblique, entra dans la région inguinale gauche, et alla se loger, en suivant la direction de l'artère crurale, dans le voisinage de l'articulation du genou. Il se développa une inflammation intense, suivie d'une suppuration abondante. Ce n'est qu'après un temps très-long, pendant lequel l'urine fut évacuée au moyen d'une sonde, que l'on obtint la cicatrisation de la plaie; mais on ne put en obtenir l'oblitération, malgré l'application la mieux entendue des bandelettes agglutinatives, et l'irritation souvent renouvelée des bords de la perforation. Lorsque les autres plaies furent guéries, M. Mellin consulta plusieurs chirurgiens distingués qui placèrent une sonde dans l'urètre et cautérisèrent les bords de la fistule, sans pouvoir en obtenir l'oblitération. Il s'écoula plusieurs années pendant lesquelles l'urine s'échappa par l'ouverture anormale. Le docteur Arndt, de Saint-Pétersbourg, m'adressa ce jeune homme. Son état était alors le suivant : il y avait à la partie moyenne de la verge une ouverture communiquant avec l'intérieur de l'urètre, pouvant admettre facilement une grosse sonde, et donnant issue à l'urine. La partie antérieure du canal était restée entièrement perméable pendant les trois années qui suivirent l'accident, et à cette époque encore, lorsque l'urine s'écoulait avec force, il en passait un peu par l'orifice naturel. A en juger par le toucher, il semblait que la totalité de la circonférence de l'urètre manquait au niveau de la perforation, et avait été remplacée par la peau. En effet, celle-ci se dilatait en cet endroit au moment du passage de l'urine. Au-dessous de l'ouverture anormale, le canal de l'urètre était épaissi, induré et un peu rétréci. Lorsque le malade avait des érections, le pénis conservait un état de mollesse près du pubis, tandis qu'il acquérait de la dureté seulement dans le

reste de son étendue. Avant son départ de Saint-Pétersbourg, M. Mellin avait subi un commencement de traitement pour le rétrécissement de l'urètre, mais comme le jet d'urine était passablement gros, je crus devoir d'abord essayer de guérir la plaie fistuleuse. J'opérai d'après la méthode qui a été décrite ci-dessus.

J'introduisis une bougie de gros calibre dans l'urètre, afin de fixer la verge et de fermer l'orifice interne de la fistule. Je touchai à plusieurs reprises les bords tuméfiés de la peau, avec la teinture concentrée de cantharides. Je prescrivis au malade de ne rendre ses urines qu'au moyen d'une sonde de gomme qu'il introduisait lui-même avec beaucoup d'adresse.

Le lendemain matin, les bords et l'intérieur de la fistule étaient considérablement enflammés. L'épiderme soulevé fut arraché avec une pince, et l'intérieur du canal fistuleux fut complètement avivé de cette manière. J'introduisis alors de nouveau une sonde dans l'urètre, afin de fixer la verge pendant l'application de la suture. Je passai une aiguille courbe autour de la perforation, à un quart de pouce de son rebord. Je fus obligé de retirer l'aiguille trois fois. Enfin, je serrai la ligature dont les chefs furent coupés à un pouce de la verge. La sonde fut retirée, et je permis au malade de laisser couler l'urine naturellement. Cette petite opération, pendant laquelle il ne s'écoula pas une goutte de sang, causa si peu de douleur au malade, qu'il put sortir comme s'il eût été en parfaite santé. Il n'eût aucune douleur consécutive ; il se manifesta seulement un peu de tuméfaction locale.

Le 7e jour, la ligature s'étant relâchée, je l'enlevai, et il ne s'écoula pas une goutte d'urine. Lorsque la tuméfaction se fut entièrement dissipée et que les piqûres furent guéries, il suinta de temps en temps une petite goutte d'urine par un point extrêmement petit, seul reste de l'ouverture anormale primitive. En conséquence, je passai une aiguille fine autour de cette petite ouverture, et je l'entourai d'une ligature comme ci-dessus.

Lorsque je crus M. Mellin entièrement guéri, je le présentai à la Société de Médecine fondée par le docteur Stosch. Il n'existait ni cicatrice, ni aucune autre altération de la peau qui pût indiquer la place de l'ancienne fistule. Tandis que M. Mellin urinait dans un vase, et que je distendais fortement la peau de la face inférieure de la verge afin de prouver qu'il n'y avait plus d'ouverture en ce point, on aperçut une gouttelette d'urine. Je me proposais d'abord de passer une ligature autour de cette petite fistule, mais il suffit de dilater un peu le trajet fistuleux et de

l'aviver avec la teinture concentrée de cantharides, pour obtenir une cicatrisation complète et permanente. J'ai employé avec un succès complet les bougies élastiques contre le rétrécissement qui existait à la partie postérieure du canal de l'urètre. MM. les docteurs Rust, Barez, Kuutzmann, Romberg, et plusieurs autres, peuvent attester le succès que j'ai obtenu dans le cas qui vient d'être décrit.

Résumé des observations faites dans le service de M. Rayer, *médecin de l'hôpital de la Charité, sur l'épidémie de grippe qui a régné à Paris; par M.* Vigla, *interne.*

§. 1. La maladie épidémique connue sous le nom de *grippe*, et qui a régné en Europe (1) à diverses époques (1580-1658-1663-1669-1675-1729-1733-1743-1762-1775-1782-1813-1830-1833), sévissait à Londres vers la fin de l'année 1836, et paraissait avoir un caractère de gravité assez alarmant.

Vers le 15 janvier 1837, la grippe était à Paris sans qu'on l'eût observée dans les départements. Nous eûmes dès-lors occasion de la voir d'abord chez plusieurs malades de la ville; plus tard dans notre service à l'hôpital de la Charité, et aujourd'hui (25 février 1837), assez de malades ont passé sous nos yeux pour que nous croyions pouvoir donner une esquisse exacte de cette épidémie.

Le premier malade atteint de la grippe que nous ayons reçu à l'hôpital, est entré le 16 janvier; un autre s'était déjà présenté deux jours auparavant, mais avec des symptômes si bénins qu'il ne fut pas admis. On ne reçut qu'un petit nombre de grippés les jours suivants; mais quelques jours plus tard, le chiffre des réceptions augmenta tout-à-coup. Il fallut multiplier les lits qui furent bientôt remplis presque exclusivement par ce genre de malades. Plus tard, il y eut dans les réceptions des alternatives d'augmentation et de diminution, et le mode de distribution des malades par le

(1) V. *Dictionnaire de Médecine*, 2e édit., t. XIV, article *Grippe*.

Bureau central put y avoir part. Aujourd'hui 25 février, nous recevons des maladies de l'appareil respiratoire (phthisies, catarrhes, pneumonies, etc.), mais peu de grippes pures, telles que celles que nous observions à l'époque de l'invasion de l'épidémie. Il nous arrive beaucoup de malades très-âgés ayant des catarrhes remarquables par une grande tendance *à se transformer en pneumonie*. Nous nous approchons au reste du mois de l'année (mars), pendant lequel le nombre des cas de pneumonie est à son maximum dans les hôpitaux de Paris.

§. 2. Les malades sont arrivés, en général, à l'hôpital, du quatrième au huitième jour de l'invasion de leur maladie. Interrogés sur le *début du mal*, ils disaient avoir été pris de frissons, de lassitude, de brisure générale; la tête était devenue douloureuse; un sentiment profond de lassitude, quelquefois de véritables douleurs s'étaient déclarés dans les membres; chez le plus grand nombre des femmes, il y avait eu des vomissemens; de la diarrhée chez les hommes; chez quelques femmes des syncopes; les narines étaient devenues sèches; une toux sèche était survenue; ce symptôme s'était promptement exaspéré; le frisson avait fait place à une chaleur morbide générale, et c'était alors que les malades étaient venus demander du soulagement.

A leur entrée à l'hôpital, ils se plaignaient de douleurs à la tête et dans les membres, de sécheresse des narines, de toux, avec sensation pénible de constriction de la poitrine entre le sternum et la colonne dorsale; de douleurs à l'épigastre, d'essoufflement; la face était légèrement injectée, les yeux étaient larmoyants; le pourtour des narines offrait de la rougeur; la voix était altérée, comme dans l'enchiffrènement, et plus souvent encore comme dans l'angine laryngée morbilleuse. Les douleurs de tête, les douleurs musculaires avaient paru perdre de leur intensité. Une dyspnée assez prononcée faisait que les malades se tenaient plus volontiers dans l'attitude presque assise; et lorsqu'on les examinait avec soin, on n'atten-

dait pas longtemps sans entendre une quinte de toux sèche, sonore, avec contraction spasmodique des muscles de la poitrine ; quinte ordinairement assez prolongée, et quelquefois suivie d'une expectoration peu abondante de mucus filant, mêlé à une certaine quantité de salive écumeuse. Pendant cette quinte, les malades portaient la main à l'épigastre, et faisaient entendre à chaque inspiration brusque un gémissement ou petit cri plaintif. Après la quinte, les malades accusaient une douleur assez vive au sternum et au dos. Dans les cas les plus simples (exempts de toute complication), lorsqu'on appliquait l'oreille sur les parois de la poitrine, on entendait presque toujours le murmure respiratoire parfaitement pur, et quelquefois seulement, dans plusieurs points, du râle muqueux. La percussion donnait un son clair dans tous les points de la poitrine qui correspondent aux poumons. A cette période de la maladie il y avait peu ou point de fièvre; les bruits du cœur étaient naturels ; la langue était humide, la bouche sans amertume ; l'anorexie et la constipation étaient assez communes. La peau était souvent sans chaleur morbide et toujours sans éruption. Les urines étaient naturelles ou seulement un peu plus rouges que dans l'état de santé ; les malades jouissaient de l'intégrité des sens et de l'intelligence.

Sous l'influence du repos, de l'usage des boissons mucilagineuses et gommeuses (auxquelles on associait la *saignée* dans les cas accompagnés d'une chaleur forte et continue à la peau, avec pouls fort et fréquent, urines rouges), les douleurs des membres devenaient de plus en plus supportables, la toux moins pénible et les douleurs de tête et de l'épigastre cédaient promptement. La convalescence avait lieu quelquefois sans expectoration sensible ; plus souvent on remarquait une *expectoration blanche, aqueuse et écumeuse*, quelquefois accompagnée de râle muqueux. Chez les individus d'un âge mûr et chez les vieillards, l'ipécacuanha était employé de préférence à la saignée, surtout dans les cas de grande dyspnée avec sentiment d'une forte constriction.

Les malades étaient affaiblis, mais ils pouvaient sortir du huitième au dixième jour de leur entrée, toussant encore un peu, mais sentant, disaient-ils, leur poitrine débarrassée, et n'éprouvant plus que de faibles douleurs musculaires. Après leur sortie ou lorsqu'ils prolongeaient leur séjour à l'hôpital, les forces revenaient assez lentement.

La marche des phénomènes de la grippe simple a présenté en général peu de variété. Après la cessation du mouvement fébrile, on a observé une diminution progressive des accidents, sans alternative marqnée d'amélioration ou d'exacerbation. Cependant les douleurs que les malades avaient pu croire presque dissipées, ont quelquefois repris, sans cause connue, leur première intensité.

Les principaux symptômes de la grippe, considérés isolément, ont présenté des différences d'intensité assez remarquables.

§. 3. (*Frisson, fièvre*). Le frisson n'a existé qu'au début de la maladie ; il était précédé d'un sentiment de brisure générale, et suivi de douleurs musculaires. Nous avons vu, dans le cours d'une simple bronchite et dans plusieurs autres maladies, le frisson annoncer la venue de la grippe qui se dessinait bientôt par les symptômes qui lui sont propres.

Les malades de l'hôpital n'arrivant que quelques jours après l'invasion ; nous n'avons observé *l'accélération du pouls et la chaleur de la peau*, la *fièvre*, que chez le plus petit nombre ; ces deux symptômes étaient le plus souvent, mais non toujours, en rapport avec l'intensité de la toux. Toutefois, cette *fièvre de l'invasion* nous a semblé plus commune dans les cas observés au commencement de l'épidémie que dans ceux qui se sont présentés vers la fin.

Toutes les fois que ces deux symptômes se sont montrés avec quelque intensité au début d'une maladie survenue pendant l'épidémie ; toutes les fois surtout qu'ils sont apparus vers la fin de la grippe, nous avons recherché avec soin s'il

n'existait pas de pneumonie, et nous avons eu bien souvent à nous louer d'avoir pris cette précaution chaque jour.

La respiration était pure chez des malades qui offraient une forte fièvre au *début* de la maladie, et elle était alors le plus souvent accompagnée d'une toux pénible et d'insomnie; plus tard, un mouvement fébrile prononcé indiquait le plus souvent une inflammation de la plèvre ou du poumon.

§. 4. (*Douleurs musculaires*). Ces douleurs étaient un des premiers phénomènes de la maladie, un de ceux le plus constamment observés : mais le siège et la nature des douleurs ont été très-variables.

Elles ont existé chez presque tous les malades aux bras et aux jambes. Lorsqu'elles étaient violentes, les malades les désignaient sous le nom de *crampes*, et plusieurs (surtout les malades observés en ville), craignaient qu'elles ne fussent les avant-coureurs des autres symptômes du choléra. Quelquefois elles étaient assez fortes pour empêcher les malades de marcher, pour les forcer de s'arrêter au milieu d'une course. En général elles n'avaient ce degré de violence qu'au début de la maladie; cependant nous les avons vu exister pendant tout son cours, en être le symptôme le plus frappant, et même persister après que tous les autres phénomènes avaient disparu.

Les *douleurs de l'épigastre*, du sternum, du dos, ont aussi été très-fréquemment observées, surtout les premières. Dans quelques cas elles n'étaient peut-être que la conséquence de la toux : mais il n'en a pas été constamment ainsi, car outre qu'elles étaient plus fortes que dans les bronchites ordinaires, que dans la coqueluche même, nous les avons vues quelquefois précéder la toux.

Les *flancs* ont aussi été le siège de douleurs; les malades les désignaient souvent comme des *points de côté*, ce qui aurait pu en imposer pour une pleurésie. Toutefois les douleurs de côté, du flanc même, méritaient une attention particulière; c'était quelquefois l'indice d'un point pleurétique d'une pleuro-pneumonie commençante.

Plus rarement nous avons observé des douleurs aux *lombes*, et plus rarement encore dans la région du *foie*.

Les douleurs musculaires augmentaient par la pression et par les mouvemens; elles ont plusieurs fois changé de siége comme des douleurs rhumatismales, et cela chez des individus qui n'avaient jamais eu cette dernière affection, et qui offraient d'ailleurs tous les autres symptômes de la grippe.

Le siége des douleurs, sous le rapport de la fréquence, a varié à diverses époques de l'épidémie (nous ne parlons que des cas observés dans nos salles). Dans toute sa durée elles ont existé avec une fréquence égale dans les membres, mais avec une plus grande intensité chez les premiers malades observés. A cette époque nous avons d'abord noté plus spécialement les douleurs épigastriques, sternales et dorsales; plus tard, les douleurs aux flancs; enfin tout récemment les douleurs aux lombes et au cou; toutes ont en général diminué d'intensité à mesure que l'épidémie a marché vers sa fin qui paraît prochaine.

Nous terminerons ces remarques sur les douleurs du cou, du dos et des membres dans la grippe, par un fait grave qui mérite d'être cité. Un médecin de Paris, sujet depuis plusieurs années à des douleurs dans les régions spinale et sacrée, à des crampes, etc., à des accidens qui dépendaient très-probablement d'une affection de la moelle épinière ou de ses enveloppes, est pris de la grippe : elle parcourt les périodes accoutumées, et dans la convalescence le malade se plaint d'une grande faiblesse générale. M. Rayer, appelé en consultation quelques jours après, constate la paralysie des membres inférieurs, celle du col de la vessie, du rectum, etc. En peu de jours la maladie fait des progrès effrayans; les membres supérieurs se paralysent, et le malade succombe avec des phénomènes d'asphyxie, comme si on eût coupé la moelle épinière au-dessus de l'origine des nerfs diaphragmatiques. Huit jours auparavant, le malade croyait n'avoir que la grippe !

§. 5. La *céphalalgie* était un des symptômes les plus constants et les plus persistants de la maladie. Survenue au début, elle durait plusieurs jours, et disparaissait cependant avant les douleurs des membres. La douleur de tête répondait aux régions sus-orbitaires ; c'était quelquefois une douleur nerveuse et plus souvent un effet de l'inflammation de la membrane muqueuse des fosses nasales.

Chez quelques malades, la céphalalgie a été le symptôme le plus douloureux, celui pour lequel ils demandaient du soulagement. Ce symptôme diminuait bientôt notablement d'intensité lors même qu'il devait durer jusqu'à la fin de la maladie.

§. 6. *L'enchiffrènement* que nous avons observé chez presque tous les grippés, avait quelque analogie avec celui qu'on observe au début de la rougeole ; seulement les narines étaient plus sèches.

§. 7. Un petit nombre de malades se sont plaints de *douleurs d'oreille* assez vives ; chez quelques-uns cette douleur parut une pure lésion de sensibilité ; chez d'autres il y avait *angine*, et vraisemblablement extension de l'inflammation de la gorge à la trompe d'Eustachi.

Une inflammation superficielle de la *luette* et des *amygdales* a souvent été un symptôme de la grippe, qui plusieurs fois a débuté par cet état de la gorge. La céphalalgie, les douleurs musculaires, l'altération de la voix existaient à un degré assez intense, et distinguaient cette espèce d'angine des angines ordinaires. Cette variété de la grippe existait sans toux ou avec une toux très-faible.

§. 8. L'*altération de la voix* a été observée chez un grand nombre de sujets ; chez ceux surtout dont la maladie était franche et forte. Il y avait aphonie chez plusieurs des premiers malades que nous avons reçus à l'hopital : nous venons encore d'observer ce symptôme chez des malades entrés récemment avec des symptômes de grippe bien tranchés.

§. 9. Le phénomène principal de la maladie, la *toux sèche*

avec enchiffrènement, survenait en général au début, après les frissons et les douleurs musculaires, et acquérait bientôt son maximum d'intensité : au bout d'un certain temps la toux diminuait, et la plupart des malades qui sortaient de l'hôpital comme guéris, toussaient encore.

Dans d'autres cas, une toux sèche sans enchiffrènement a été le premier symptôme observé, même chez des malades qui ne toussaient pas habituellement et qui ne s'enrhumaient pas facilement ; elle existait sans autre phénomène pendant plusieurs jours, quelquefois pendant deux ou trois semaines, et ce n'était qu'au bout de ce temps qu'à la suite d'un frisson, la grippe se complétait par le développement des douleurs des membres. Suivant son intensité, la toux a été tantôt le symptôme le plus douloureux, tantôt un phénomène secondaire dont les malades se plaignaient à peine.

§. 10. Il n'y a pas eu de râles (hors les cas de complication catarrhale), chez la moitié au moins de ceux qui avaient la grippe, même accompagnée d'une forte dyspnée. Le murmure respiratoire était pur, sans expectoration ; et chez d'autres, malgré une expectoration abondante, on n'entendait aucune espèce de râle, peut-être parce que la fréquence de la toux débarrassait continuellement les bronches du mucus qu'elles sécrétaient. Plus souvent nous avons reconnu une certaine rudesse du bruit respiratoire. Enfin, chez des grippés bien portans et exempts de rhume au moment de l'invasion de la maladie, nous avons observé presque tous les râles des bronchites, le muqueux, le ronflant, et plus rarement le sibilant et le sous-crépitant.

§. 11. *Crachats*. Un bon nombre des malades n'a pas craché pendant tout le cours de la grippe. Aucun ne crachait au début ; mais plus tard il n'était pas rare de voir des crachats transparens, semblables à du blanc-d'œuf très-étendu d'eau et à la surface desquels il y avait de la salive écumeuse. Chez des grippés, nous avons souvent observé des crachats d'une autre nature, des crachats épais, filans, ou circonscrits, mais

dans ces cas, il y avait complication d'autres maladies, le plus souvent de bronchite, de catarrhe ou de tubercules pulmonaires antérieurs à l'invasion de la grippe.

§. 12. La *dyspnée* était en général plus grande que ne semblait indiquer l'état des organes de la respiration étudiés par l'auscultation ; c'était là un des principaux caractères de la grippe.

Cette dyspnée chez quelques vieillards venus pour se faire traiter de la grippe a été extrême, l'asphyxie paraissant imminente ; mais alors il y avait presque toujours complication d'une maladie ancienne de l'appareil respiratoire et le plus souvent d'une bronchite capillaire, d'un emphysème du poumon, d'une maladie de cœur.

§. 13. *Vomissement.* Ce symptôme ne nous a pas paru avoir le même degré de fréquence dans les deux sexes ; il a été assez rare chez l'homme, presque constant chez la femme ; il n'y avait souvent qu'un seul vomissement au début de la maladie. Ce phénomène était plus fréquent chez les individus qui avaient souffert antérieurement de l'appareil digestif.

§. 14. *Diarrhée.* Nous n'avons rencontré la diarrhée que chez un petit nombre de malades, et bien que nous ayons eu à soigner à l'hôpital plus de femmes que d'hommes, c'était cependant surtout chez ces derniers que nous avons noté plus fréquemment la diarrhée. Elle a existé surtout au début de la maladie, et si elle s'est prolongée pendant son cours, il a été facile de l'arrêter par les boissons adoucissantes.

Je ne sais s'il faut regarder comme un effet du hasard la bénignité des autres symptômes de la grippe chez ceux qui ont eu la diarrhée, mais ce fait m'a paru constant. D'ailleurs il n'y avait point de douleurs au ventre ; les garderobes au nombre de 5 à 6 par jour n'affaiblissaient pas les malades. La bénignité de la grippe, le peu d'intensité des symptômes nerveux et respiratoires chez les malades qui présentaient de la diarrhée, m'a engagé, vers la fin de l'épidémie,

à combattre, dès le deuxième jour, les accidens de la grippe par l'eau de Sedlitz, et cette médication m'a paru salutaire.

Chez aucun malade nous n'avons observé de *délire*, de convulsions, de paralysie, ni d'autres symptômes graves de lésions *du cerveau*, de la sensibilité ou de l'intelligence.

§. 15. *Sang*. Nous avons fait saigner un assez bon nombre des premiers grippés entrés à l'hôpital avec fièvre, chaleur à la peau, altération de la voix, etc.; chez plusieurs, nous avons trouvé le sang couenneux sans qu'il n'y eut complication de pneumonie, de pleurésie ou de rhumatisme; chez les autres la proportion du sérum et du cruor nous a paru naturelle.

§. 16. Il est inutile d'insister sur le diagnostic de la grippe. Nous remarquerons seulement que dans l'épidémie nous avons vu plusieurs malades avoir des bronchites semblables à celles qu'on observe dans d'autres constitutions atmosphériques ou médicales et chez lesquels nous n'avons pas observé les symptômes nerveux de la grippe.

Nous avons aussi observé, pendant l'épidémie, plusieurs maladies aiguës tout-à-fait semblables à celles qu'on voit dans d'autres constitutions médicales; des inflammations pharyngiennes sans symptômes nerveux; plusieurs rhumatismes aigus sans altération de la voix, sans dyspnée.

Enfin, si la grippe a paru avoir une action incontestable, dans plusieurs cas, sur la marche et la physionomie des maladies antérieures ou récemment développées, cette influence a été surtout remarquable sur les affections chroniques des voies respiratoires, de l'appareil digestif et du système nerveux, et non sur des maladies aiguës; sur ces dernières, l'influence de la constitution épidémique a été le plus souvent obscure.

En résumé :

1° La forme commune de la grippe, celle qui représente spécialement l'expression générale de la maladie, a été, suivant l'intensité des symptômes, *légère* ou *forte*.

2° Dans quelques cas, les symptômes nerveux par leur

intensité (céphalalgie, douleurs des membres, etc.), constituaient réellement une forme particulière de la maladie (grippe *nerveuse*); forme dans laquelle la céphalalgie, les douleurs musculaires étaient quelquefois très-prononcées, tandis que dans d'autres cas il y avait surtout spasme, toux, convulsions, sentiment de constriction s'étendant du sternum à la colonne vertébrale.

3° L'intensité du mouvement fébrile, le sang couenneux, un léger épistaxis, l'angine pharyngienne avec otite dans certains cas, annonçaient une troisième nuance de la maladie (grippe *inflammatoire*).

4° Enfin la douleur épigastrique, le vomissement, ou la diarrhée, indiquaient souvent une perturbation *gastro-intestinale*.

§. 17. Quant à la durée de la maladie, elle a été très-variable. Quelques personnes, après avoir souffert beaucoup deux ou trois jours, ont pu reprendre assez rapidement leurs occupations. Chez d'autres, les douleurs, l'altération de la voix, ont duré près d'un mois, même sans qu'une autre maladie antérieure ou accidentelle de l'appareil respiratoire ait pu être accusée d'avoir favorisé cette prolongation des accidents. Si l'invasion de la grippe a pu le plus souvent être bien déterminée dans la pratique civile, à l'hôpital il n'en a pas toujours été de même. Quelques malades étaient entrés à l'hôpital (s'il faut les en croire), après quatre ou cinq semaines de maladie. Quant à l'époque de la terminaison définitive de la maladie, en ville ou à l'hôpital, elle a été souvent incertaine, impossible à fixer. Pour l'un, une légère altération de la voix, un peu de faiblesse, etc., indiquent que la solution de la maladie n'est pas complète; et un autre ne tient pas même note de ces accidents dont la plupart des malades ne se plaignent pas. De même encore, on se ferait une idée inéxacte de la durée de la grippe si l'on prenait la moyenne du séjour des malades à l'hôpital; les hommes actifs

restaient à peine quelques jours ; les indolents prolongeaient leur séjour le plus qu'ils pouvaient ; d'autres par d'autres motifs y resteraient indéfiniment si on ne les invitait à plusieurs reprises à sortir de l'établissement.

§. 18. La cause de la grippe est obscure comme celle de toutes les maladies épidémiques ; on a noté des différences remarquables dans les conditions barométriques et thermométriques de l'atmosphère, dans le mois qui a précédé l'épidémie.

Les médecins, les élèves employés dans les hôpitaux, tous ceux qui les premiers ont été en rapport avec les malades, n'ont guère échappé à l'influence épidémique. En général, les habitans d'une même maison et surtout les membres d'une même famille ont été successivement frappés ; nous avons vu également la mère et l'enfant, la nourrice et son nourrisson être atteints en même temps ou à peu de jours d'intervalle.

§. 19. La grippe simple, non compliquée, n'est jamais mortelle. Chez ceux qui ont succombé à des complications, nous avons trouvé de l'injection dans les bronches sans exsudation plastique, quoique nous ayons mis la plus grande attention à l'examen de ces parties. Plusieurs médecins ont observé, dans des cas qu'ils regardent comme appartenant à la grippe, de véritables fass es membranes.

§. 20. La grippe n'est pas une bronchite ordinaire. La céphalalgie, les vomissements, les douleurs des membres, sont des symptômes constants et saillants dans la maladie. Dans quelques cas la toux a été légère, tandis que la céphalalgie et les douleurs musculaires étaient intenses. L'élément nerveux de la maladie se décèle non seulement par la céphalalgie, le vomissement, les douleurs musculaires, mais encore par le caractère de la toux, convulsive et sonore ; par la dyspnée avec absence d'expectoration, par l'absence de mucosités dans les bronches, par l'absence fréquente des râles. Cependant, cette forme *nerveuse* et particulière de la toux ne

doit point faire oublier un fait important et bien constaté, savoir : la fréquence du développement de la pneumonie dans la convalescence de la grippe.

§. 21. L'influence de la grippe devenait grave lorsqu'elle survenait chez des individus affectés de *maladies chroniques de l'appareil respiratoire*, de catarrhes chroniques, d'emphysème pulmonaire, de phthisie. Elle a été funeste aussi chez plusieurs malades qui avaient des affections du cœur.

L'influence de la constitution épidémique sur les individus atteints de catarrhes et surtout chez les vieillards, était des plus fâcheuses : la dyspnée devenait extrême, la sécrétion du mucus surabondante, et l'asphyxie par écume bronchique imminente. Nous avons vu succomber, dans les premiers temps de l'épidémie, deux femmes très-âgées, après une semblable exacerbation que nous avons attribuée à l'influence de la constitution épidémique ; et à l'ouverture du corps nous n'avons pas trouvé d'autre cause de mort qu'une quantité considérable de mucus jaunâtre, épais, obstruant les bronches et la trachée-artère. Il s'en écoula beaucoup à la séparation de ce dernier conduit d'avec le larynx.

Cependant, malgré le grand nombre de malades atteints de *catarrhes pulmonaires*, nous n'avons à regretter que la perte de ces deux malades. L'ipécacuanha donné à doses vomitives (24 à 36 grains), nous a paru d'une grande efficacité contre les exaspérations des affections catarrhales, déterminées par la constitution épidémique.

Chez les vieillards sans catarrhe préexistant, la grippe provoquait aussi quelquefois une sécrétion bronchique écumeuse et partant le même danger. Dans un cas, l'ipécacuanha, à la dose de 24 à 36 grains, a été également d'une grande efficacité. Il provoquait, avec le vomissement, une expectoration abondante et des sueurs ; il agissait aussi quelquefois comme purgatif. Dans de semblables cas, nous avons administré plusieurs fois l'eau de Sedlitz et les lavements purgatifs, dans le même but et avec le même succès.

La grippe associée à l'*emphysème pulmonaire* a été observée chez plusieurs malades ; cette complication n'a été mortelle chez aucun d'eux. Ces cas ont été traités par l'ipécacuanha à doses vomitives, et par l'eau de Sedlitz.

Les *phthisiques* ont été reçus dans nos salles en plus grand nombre que les années précédentes, et par cette cause la mortalité a paru être en plus grande proportion. Chez quelques-uns, nous avons observé une exacerbation de la toux, sans qu'ils présentassent les symptômes ordinaires de l'épidémie. La phthisie offrait ses symptômes habituels ; seulement la fièvre était plus forte, plus continue, ou revenait chaque soir avec plus d'intensité ; les sueurs étaient plus abondantes ; la diarrhée, la dyspnée, tous les accidents enfin suivaient une marche *plus aiguë* à laquelle la thérapeutique n'avait que de faibles ressources à opposer.

Nous avons vu un jeune homme de 18 ans, atteint depuis long-temps d'une dilatation du ventricule droit du cœur, avec hypertrophie, succomber assez promptement peu de temps après l'invasion de la grippe, et présenter des symptômes d'asphyxie. A l'autopsie, nous avons trouvé indépendamment de la lésion du cœur, une *bronchite générale*, sans lésion du parenchyme du poumon.

Une jeune fille, atteinte d'une péricardite rhumatismale et de bronchite, a été par l'effet de l'influence épidémique jetée dans un état voisin de la mort. Les évacuants et les vésicatoires ont ramené la maladie à ce qu'elle était avant l'épidémie.

§. 22. Si l'influence fâcheuse de la grippe ou de la constitution épidémique régnante a été évidente sur les maladies chroniques des organes de la respiration, quelques faits nous autorisent à penser que plusieurs maladies du *système nerveux* et surtout de la moelle épinière ont été aggravées par la même influence. Nous avons déjà cité le cas d'un médecin de Paris dont la maladie a marché avec une rapidité effrayante vers une

fatale terminaison. Un homme d'une trentaine d'années, habitant Amiens, souffrait également d'une maladie de la moelle épinière depuis plusieurs années, lorsqu'il conçut, dans ces derniers temps, le projet de se rendre à Paris. La paralysie était incomplète et portait spécialement sur les bras. Cet homme avait pu faire chaque jour à pied, environ six lieues, lorsqu'il fut pris de la grippe à Beauvais. On le saigna, et après plusieurs jours de repos, il essaya de continuer sa route ; mais il ne put faire que deux ou trois lieues au plus par jour, et aujourd'hui, malgré l'application de quatre cautères à la nuque, son état s'est plutôt aggravé qu'amélioré. Deux autres cas se sont encore présentés à notre observation. Un jeune homme de vingt-huit ans, lapidaire, était paralysé des bras depuis dix-huit mois, à la suite d'une colique de plomb. La colique avait cessé après dix-huit jours de traitement purgatif ; mais la paralysie n'avait diminué que très-lentement. Ce jeune homme avait éprouvé une nouvelle colique au mois de décembre dernier, et sa paralysie n'avait point fait de progrès : atteint de la grippe il y a une quinzaine de jours, il a senti sa paralysie augmenter d'une manière notable, il ne peut plus étendre complètement les doigts et éprouve de très-vives douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs, dans la région lombaire et sacrée.—Un doreur sur livres, âgé de 36 ans, d'une constitution nerveuse, éprouvait des étourdissements depuis le mois de juillet dernier, accompagnés de bruit et de bourdonnement dans les oreilles ; depuis qu'il a été atteint de la grippe, les bourdonnements qu'il disait avoir dans les oreilles se sont changés en une sensation plus générale, plus continue, qu'il compare au bruit que fait le vent dans les arbres en agitant les feuilles ; en même temps il a éprouvé des crampes et des douleurs dans les bras. Nous ignorons si des faits semblables ont été vus par d'autres praticiens ; dans tous les cas, si la grippe, comme nous sommes disposés à le croire, exerce une influence notable sur les maladies de la

moelle épinière, ce fait sera certainement confirmé par les observations des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière, où ces maladies sont en plus grand nombre que dans les autres hôpitaux.

§. 23. De toutes les maladies régnantes et qu'on a vu survenir dans la convalescence de la grippe, la pneumonie est la plus grave.

Dès le commencement de janvier et avant l'invasion de la grippe, la fréquence des pneumonies paraît avoir été plus grande que dans les hivers précédents, et la marche de l'inflammation a été en général beaucoup moins franche; nous les avons cependant traitées avec succès par la saignée. (Une saignée d'une livre le matin, une saignée de douze onces le soir, le lendemain en général une seule saignée, et quelquefois emploi du tartre tibié à la dose de 3, puis de 6 grains par jour, dans une potion de 4 onces, par cuillerées toutes les deux heures).

Quant aux pneumonies survenues dans la convalescence de la grippe, leur invasion a été insidieuse. Les malades à-peu-près rétablis, au moins en apparence, d'une grippe pour laquelle ils n'avaient pas cru devoir se rendre à l'hôpital, continuaient à tousser et remarquaient à peine les deux premiers jours, soit une aggravation de la toux, soit un mouvement fébrile plus prononcé que les jours précédents. Souvent il n'y avait pas de frissons, ni de point de côté, et quand il existait il était trop souvent considéré comme une de ces douleurs quelquefois si vives que les grippés ressentaient dans les flancs et rapportées par eux à la grippe. Cependant le malaise devenait bientôt plus grand, le pouls plus fréquent, la peau plus chaude; et les malades croyaient éprouver une véritable rechute de grippe, lorsque dans la réalité ils avaient déjà une pneumonie quelquefois au deuxième degré; car à leur arrivée à l'hôpital, l'oreille appliquée sur la poitrine entendait déjà du souffle et de la bronchophonie. Cette fausse sécurité des ouvriers atteints de pneumonie à la suite de la grippe, cette ignorance d'un mal grave survenu à l'insu des malades;

M. Rayer l'a observé dans d'autres classes de la société ; tant on est dans l'habitude de rattacher à une première affection les accidents qui se succèdent à peu près sans interruption. Et pour le dire, en passant, les pneumonies à la suite de la grippe ont été graves, indépendamment de leur cause particulière, parce qu'un grand nombre n'ont été reconnues et traitées qu'à leur deuxième période. C'est pour cela aussi que le souffle et la bronchophonie ont été notés dès les premiers jours du diagnostic de la pneumonie, et que le râle crépitant a paru si rare. Depuis que l'attention des médecins a été fortement attirée sur la possibilité du développement d'une semblable inflammation dans la convalescence de la grippe, le râle crépitant a été plus souvent rencontré.

Ce fut d'abord chez les vieillards que nous observâmes ces pneumonies de la convalescence des grippés. Un certain air d'abattement appellait l'attention ; on trouvait la peau chaude, et l'oreille appliquée sur la poitrine entendait du râle crépitant ou du souffle ; et cependant les malades ne s'étaient pas plaints d'être plus souffrants que les jours précédents. Avant l'admirable découverte de l'auscultation, ces pneumonies auraient été des plus latentes, les autres symptômes étant des plus obscurs ; et lorsqu'on avait l'occasion d'examiner de semblables pneumonies, dès le début, il était rare qu'on en observât tous les symptômes : il y avait de la toux ; mais tantôt les malades ne rendaient pas de crachats, tantôt il y avait des petites bulles de râle muqueux, et s'il y avait du râle crépitant, il était en général si humide qu'il pouvait être contesté. Quelquefois lorsque les crachats étaient significatifs, que la fièvre était forte, la dyspnée grande, il nous était presque impossible de reconnaître la maladie par les signes stéthoscopiques.

On est généralement d'accord sur l'efficacité des émissions sanguines employées largement au début de la pneumonie franche : plusieurs médecins se sont plaints de ne pas en avoir retiré d'aussi grands avantages dans les pneumo-

pies survenues dans la convalescence des grippés. On a dit que l'épidémie portait une atteinte profonde aux forces vitales, que les malades supportaient mal les saignées et se trouvaient mieux de l'usage du tartre stibié : pour nous, nous n'avons pas remarqué cette contre-indication formelle de la saignée, et si la terminaison de la pneumonie a été plus souvent funeste dans l'épidémie régnante, il faut en rechercher la cause ailleurs.

Au début des pneumonies (râle crépitant, léger souffle), la saignée nous a paru conserver à-peu-près ses avantages, et nous l'avons répétée trois à quatre fois en deux ou trois jours, sans que les malades aient paru la supporter plus mal que dans tout autre temps. A une époque plus avancée (souffle, bronchophonie) l'influence de la saignée, employée avec mesure ou très-largement, était quelquefois peu efficace, et malheureusement nous avons eu plusieurs malades dans de semblables conditions : après une ou deux saignées, le pouls devenait faible ; nous avions recours alors au tartre stibié et souvent sans plus de succès. Cependant nous devons dire que nous avons vu une jeune fille, venue après quinze jours de maladie, chez laquelle il existait du souffle et de la bronchophonie (sans que l'on pût savoir à quelle époque la pneumonie avait succédé à la grippe), qui, saignée le jour de son entrée et le lendemain, a marché rapidement à la guérison. Une femme de trente-six ans, malade depuis trois semaines, arrivée avec du souffle et une résonnance bien forte de la voix, a été saignée trois fois. Le pouls non-seulement n'a pas faibli après la saignée, il s'est même relevé après la troisième, tellement que nous avons pu concevoir l'espoir de guérir cette malade.

Lorsque la pneumonie est survenue chez des vieillards affectés de catarrhe pulmonaire depuis longtemps, et après deux semaines environ de souffrances de la grippe, la faiblesse du pouls, le froid de la peau, nous ont empêché d'employer la saignée ; le tartre stibié et l'ipécacuanha n'ont pu,

dans la plupart des cas, prévenir la mort ; et de tous les moyens essayés l'ipécacuanha à doses vomitives et les vésicatoires nous ont paru encore ceux sur lesquels reposaient de faibles chances de guérison.

Chez un homme d'une trentaine d'années et d'une constitution nerveuse, et qui depuis le choléra éprouvait habituellement la plupart des accidens qu'on observe dans l'hypochondrie, M. Rayer a vu survenir pendant la convalescence de la grippe, et sans cause connue, une de ces pneumonies presque constamment mortelles, quelle que soit la méthode qu'on emploie pour les combattre, et que l'on désigne sous le nom de *pneumonie maligne avec ictère*. Le 1er jour, teinte jaune de la peau et des conjonctives, hallucinations dans la journée, agitation, délire dans la nuit, douleur au *côté gauche* dans les profondes inspirations ; *pouls petit, très-fréquent ; pulsations inégales, irrégulières*. (Ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine ; saignée de 12 onces). Pouls misérable, persistance des accidens ; point de crachats. Le lendemain, l'agitation continue ; la teinte ictérique se prononce encore plus ; le pouls conserve sa fréquence et sa faiblesse ; le délire se reproduit dans la journée à plusieurs reprises ; prostration. (Nouvelle application de ventouses scarifiées ; sinapismes promenés à la surface du corps). Quelques crachats séreux, sanguinolents, mêlés d'un ou deux crachats poisseux ; respiration accélérée et courte ; souffle tubaire ; bronchophonie. (Large vésicatoire au côté gauche). Continuation du délire, avec de légers intervalles de raison ; pouls misérable. (Oxyde blanc d'antimoine à haute dose ; rubéfiants à la surface de la peau). Mort le lendemain.—A l'ouverture du corps, lobe inférieur du poumon gauche hépatisé, d'une teinte rouge violacée, lie de vin ; sérosité sanguinolente dans la plèvre ; cœur flasque : point d'autres altérations.

Plusieurs malades atteints d'une grippe légère ont supporté la douleur et la fatigue qu'elle entraîne, et n'ont interrompu qu'un seul jour leurs occupations. Pour guérir, il leur a suffi de

se tenir chaudement, de prendre un peu de repos, et de faire usage de boissons pectorales. Quant à ceux qui sont entrés à l'hôpital dans cet état, ils n'ont pas fait d'autre traitement ; la guérison a été prompte ; un purgatif a été donné dans la convalescence.

Dans la grippe inflammatoire, observée chez un grand nombre de malades venus les premiers jours, la saignée a fait cesser l'appareil fébrile ; la céphalalgie et les douleurs musculaires ont été manifestement diminuées ; le sang a été couenneux. La saignée a eu moins d'influence sur la toux et la dypsnée, qui cédaient plus tard aux boissons adoucissantes, au repos et surtout au temps ; mais nous n'avons jamais observé que la saignée eût été nuisible.

Dans la grippe avec prédominance des symptômes nerveux, nous avons administré l'ipécacuanha sans soulagement bien marqué ; l'opium n'a pas paru plus efficace.

Huit à quinze gouttes de laudanum liquide de Sydenham dans un lavement amylacé, ont fait cesser en peu de jours la diarrhée, lorsque nous avons cru devoir l'arrêter ou la modérer ; souvent nous ne l'avons pas combattue, les malades paraissant moins souffrir sous l'influence de cette évacuation.

REVUE GÉNÉRALE.

Anatomie et Physiologie.

BOURSES MUQUEUSES SOUS-CUTANÉES DE LA PLANTE DU PIED. —M. Lenoir ayant rencontré plusieurs fois des abcès développés en dehors et au-dessous de l'articulation du cinquième métatarsien avec le petit orteil, étonné de voir l'inflammation se propager plutôt du côté de la plante du pied que du côté de son dos, où le tissu cellulaire est cependant plus fin et plus lâche, fut conduit à rechercher si ce n'était pas le résultat d'une disposition anatomique. Ses dissections lui firent découvrir à la plante du pied trois bourses muqueuses sous-cutanées constantes, analogues à celles que Béclard a le premier signalées dans les autres régions du corps.

L'une de ces bourses est située sous le calcanéum, et répond spécialement aux tubérosités de sa face inférieure et à l'aponévrose qui s'y insère. Elle est plus développée chez le fœtus que chez l'adulte, où elle est difficile à démontrer en raison de sa profondeur. Elle est en effet séparée de la peau par toute l'épaisseur de la couche adipeuse plantaire. La deuxième est placée sous l'articulation de la première phalange du gros orteil avec le métatarsien qui le supporte. M. Lenoir a parfaitement décrit sa forme globuleuse et multiloculaire; elle est immédiatement située sous le derme. La troisième enfin, la plus développée des trois, est l'analogue de la précédente, et située sous l'articulation de la première phalange du petit orteil avec le cinquième métatarsien. Elle ne se borne pas à la plante du pied ; elle remonte sur son bord externe au moyen d'une espèce de prolongement, et n'est revêtue en ce point que d'une peau mince sur laquelle il se développe souvent des callosités ou des cors, ce qui explique la plus grande fréquence de l'inflammation dans cette bourse que dans les autres. Ces bourses muqueuses en effet peuvent être le siège d'inflammations et d'abcès. M. Lenoir termine son travail en en rapportant quelques observations. (*Presse médicale*, 1837, N.° 7).

Pathologie et Thérapeutique médicales.

Affection de l'encéphale : *Symptômes cérébraux remarquables ; altérations diverses dans plusieurs parties de l'encéphale ; particulièrement dégénération de la moelle alongée au niveau des pyramides* ; obs. par le docteur Ulrich. — Un jeune homme de 24 ans, d'une famille distinguée, commença à se plaindre vers l'an 1830, de ce que ses yeux ne pouvaient plus lui servir à distinguer les objets petits, et qu'un même objet il le voyait quelquefois double; plus tard il survint de l'aphonie; sa marche devint chancelante, il s'embarrassait souvent dans ses propres jambes; il montait quelquefois à cheval, et lorsqu'il en descendait il était pris d'étourdissement, au point qu'il était obligé de se maintenir pour ne pas tomber. Dans le mois de janvier 1831, ces accidents augmentèrent.

Vers cette époque il fut obligé de passer une nuit en voiture, et lorsqu'il en descendit, il était tellement étourdi qu'il fut obligé de se reposer une heure avant de pouvoir se tenir debout.

Le lendemain, outre la roideur et la difficulté dans les mouvements des jambes, il survint de la difficulté dans la parole ; le malade articulant très-mal, on employa envain des évacuations san-

gaines, les évacuants, les eaux de Wiesbaden et de Schwalbach, et l'on reconnut qu'il existait une maladie organique du cerveau. A la suite d'une consultation on appliqua un séton à la nuque et l'on administra du calomel; mais le malade ne put supporter le séton, et on fut forcé de l'enlever parce qu'il déterminait des spasmes violents. La paralysie fit des progrès et au mois de février 1832, le malade fut subitement pris d'une fièvre violente. Le Dr Ulrich, appelé auprès de lui, crut d'abord à une attaque d'apoplexie: tous les membres étaient paralysés, la parole inintelligible, le pouls faible et irrégulier, la déglutition pénible, l'intelligence intacte. A l'aide de frictions et de révulsifs excitants, on ramena les mouvements dans les membres froids; il survint des sueurs, et le lendemain le malade se trouva dans le même état que la veille de l'attaque. Ce n'était que le premier accès d'une fièvre intermittente tierce qui se développa; après le 7e accès on donna du sulfate de quinine, et la fièvre disparut.

Cependant la paralysie avait augmenté, le malade pouvait à peine faire quelques pas, la déglutition et l'expectoration devinrent très-pénibles, il survenait souvent des accès de rire involontaires; la sensibilité de la peau était très-vive. De temps à autre le malade éprouvait de la douleur dans la partie postérieure gauche de la tête, et des tintements d'oreille. Au mois de mai 1832, il fut pris, après quelques heures de sommeil, d'un accès de fièvre avec nausées et vomissements, la paralysie des membres devint complète; après l'accès il survint des crampes avec extension forcée des membres, et renversement de la tête en arrière.

La paralysie des extrémités supérieures et inférieures prouvait que les cordons antérieurs de la moelle devaient être malades en un point très-élevé, et l'augmentation de sensibilité de la peau indiquait une augmentation d'activité des cordons postérieurs; les crampes des muscles du visage et le rire involontaire devaient être dus à une lésion du nerf facial, de même que le renversement forcé de la tête en arrière à une lésion du nerf accessoire. Enfin, la difficulté dans la déglutition et la parole fesaient présumer que les nerfs hypoglosse, glosso-pharyngien et vague, participaient à l'altération, et comme tous ces nerfs naissent en tout ou en partie de la moelle alongée, le Dr Ulrich diagnostiqua une affection de la moelle alongée siégeant principalement dans les cordons antérieurs.

Tous les symptômes augmentèrent peu à peu: au mois d'octobre, il existait une paralysie complète de toutes les parties soumises à

l'action de la volonté, l'intelligence restant saine; le 28, il survint une fièvre intense, et le 29 le malade mourut.

Autopsie le 31 *octobre*. — La dure-mère vertébrale ayant été incisée, on trouva aux parties postérieure et latérale de la moelle un développement vasculaire remarquable; les artères, très-visibles, étaient gorgées de sang rouge. La vascularité augmentait à mesure que l'on approchait de la tête, les deux lobes du cerveau étaient couverts d'une couche grisâtre, semi-transparente, de lymphe coagulée, et les grosses veines de la pie-mère fortement développées. Les parties du plexus choroïde qui recouvrent les tubercules quadrijumeaux étaient plus vasculaires qu'à l'état normal. Le quatrième ventricule était élargi, et le *calamus scriptorius* était du double plus long et plus large qu'à l'ordinaire. Sur la moelle alongée existaient deux saillies qui n'étaient autre chose que les pyramides et les olives dégénérées. Une incision faite sur ce point fit voir que la dégénérescence avait cinq à six lignes de profondeur au niveau des pyramides; qu'elle était plus avancée à droite qu'à gauche, et dans les pyramides que dans les olives. Les racines du nerf accessoire qui partent des côtés de la moelle alongée, celles du glosso-pharyngien, de l'hypoglosse et du nerf vague, offraient une rougeur très-intense. Au niveau des saillies anormales, la dure-mère offrait deux plaques rouges, comme déprimées. (*Medicinische Zeitung; herausgegeben von dem Vereine für Heilkunde in Preussen*, N° X à XVII, 1835; et *Kleinert's Repertorium*, 8e cahier, août 1836).

PNEUMONIE. (*résumé de cinquante cas de*); *par le docteur Grisolle, chef de clinique de M. le professeur Chomel*. — Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les détails nécessités par un travail statistique. Nous nous bornerons à signaler les points les plus importants de son mémoire. — L'influence du froid sur le développement de l'affection a été bien constatée chez dix malades seulement; chez les autres, la cause de l'affection resta indéterminée. Un rapprochement de l'âge des malades et de la mortalité, non seulement pour les observations qui font la base de ce mémoire, mais aussi pour toutes celles de pneumonie qui avaient été recueillies à la clinique de l'Hôtel-Dieu dans les trois années précédentes, a montré que la pneumonie est d'autant moins redoutable, que ceux qui en sont affectés sont moins âgés. Aucun des sujets âgés de moins de dix ans (ils étaient vingt-trois), n'a péri. M. Grisolle fait toutefois remarquer qu'il a été établi par MM. Rufz et Gérhard que, chez les enfants, la pneunomie franche est une maladie peu

grave après l'âge de six ans, tandis qu'avant cette époque, elle est beaucoup plus fâcheuse.

Siége de la pneumonie. 26 fois à droite, 16 à gauche, 8 fois des deux côtés. 20 fois elle a siégé au sommet. On a observé depuis plusieurs années que la pneumonie gauche était plus grave qu'à droite. Pour les pneumonies doubles, la mortalité a été de cinq sur huit.

Symptômes de la pneumonie. Le passage du premier au deuxième degré dans la pneumonie, s'effectue si rapidement que M. Louis chez l'adulte, et M. Rufz chez les enfans, n'ont jamais trouvé de pneumonie sans respiration bronchique. Cependant M. Grisolle a observé huit malades qui étaient à deux jours et demi ou trois jours du début de la pneumonie, et chez lesquels il n'a pu constater que de la crépitation. D'un autre côté, il a trouvé la respiration bronchique chez deux malades, dans les vingt-quatre premières heures du début de l'affection. M. Grisolle a signalé une variété de respiration bronchique mal indiquée, moins bruyante que celle qui est généralement décrite; elle donne à l'oreille qui l'ausculte la sensation d'un morceau de taffetas que l'on déchire et qui lui paraît dépendre, d'après un fait observé sur le cadavre, de l'induration d'une couche superficielle du poumon. Aucun caractère ne peut révéler, d'une manière positive, le passage du second au troisième degré. Celui-ci survient quelquefois, selon la remarque de M. Chomel, très rapidement pendant l'état puerpéral.—Les diverses portions du poumon voisines de la surface enflammée sont envahies plus ou moins rapidement par le travail morbide, sans qu'il y ait aucun signe physique appréciable. Toutefois, M. Grisolle a pu, chez plusieurs malades, limiter les points du poumon qui devaient être envahis au bout de six ou douze heures : il constatait autour de la pneumonie, un point plus ou moins circonscrit où le murmure respiratoire avait perdu sa force et sa pureté. Pour que ce signe ait quelque valeur, il faut que cette altération du bruit respiratoire soit très-limitée. — Dans les pneumonies doubles, en général, il n'y a d'abord qu'un seul poumon de pris, mais après quelques jours l'affection envahit l'autre et y est moins grave, de telle sorte que si l'individu succombe, on peut voir le troisième degré de l'affection dans le poumon qui a été le premier malade, tandis que le dernier est seulement à l'état d'induration rouge ou de simple engouement. Quelquefois l'invasion de la seconde pneumonie est marquée par les frissons, les douleurs, etc., qui ont annoncé le début de la première; mais le plus souvent le médecin n'est averti de cette

inflammation nouvelle que par une dyspnée plus grande et l'accélération du pouls. — L'expectoration a été nulle chez dix sujets, dont cinq étaient dans un état de prostration marquée. — On voit presque constamment la fièvre diminuer, quoique la percussion et l'auscultation fournissent les mêmes signes physiques. Cet engorgement a persisté chez quelques sujets pendant 23, 33, 35 jours, sans que le traitement ait eu aucune influence. L'âge avancé, une constitution frêle, détériorée, ont été la cause principale de cet arrêt dans la résolution de l'engorgement. — M. Grisolle n'a pas noté de *crises* ni de jours critiques.

Complications. 43 fois douleur vive, poignante; 6 fois seulement signes physiques d'épanchement qui ont persisté plus ou moins longtemps après la cessation de la pneumonie. 4 fois arachnitis suppurée. Chez le quart des sujets, dévoiement spontané; sur trois de ces malades qui sont morts, rien dans l'intestin; 3 cas de rhumatisme.—Sur 50 malades il y a eu 14 morts; proportion fâcheuse; si on ne retranchait pas six cas qui n'ont pas été soumis au traitement, et les quatre cas d'arachnitis dont il a été question. Chez les malades qui ont pu être traités avec chance de succès, la mortalité a été de 1 sur 6 2/8.

L'anatomie pathologique n'a rien offert de particulier: dans les cas où le tartre stibié avait été administré à haute dose, on n'a rien trouvé dans le tube intestinal, à part de petites ulcérations superficielles du pharynx, avec exsudation muqueuse des parties voisines, sur des sujets qui s'étaient plaints de douleur de gorge et de dysphagie.

La deuxième partie du travail que nous analysons est consacrée au *traitement*; nous ne pouvons que reproduire les conclusions de l'auteur, sans entrer dans les détails sur lesquels ces conclusions sont fondées:

« La *saignée* a été utile 18 fois, en produisant une amélioration plus ou moins rapide dans les accidens inflammatoires. Dans les cas qui nous restent, ou bien la saignée n'a jamais empêché la maladie de faire des progrès rapides (18 fois), ou bien l'affection restait stationnaire et toujours au même degré de gravité (14 fois); on peut assurer que la saignée n'a eu ici qu'une influence nulle ou douteuse sur la marche de la peumonie. Affirmons enfin que dans aucun cas, et quelque abondantes qu'aient été les évacuations sanguines (7 et 8 livres), on n'a jamais *jugulé* une pneumonie intense lorsque le traitement était commencé dans les premiers jours de l'invasion. »

Les saignées allongent d'autant plus la convalescence qu'elles sont plus répétées; trop copieuses elles peuvent à elles seules, indépendamment de toute lésion valvulaire, faire naître un bruit de souffle ou de rape. Un malade, après avoir perdu 6 livres de sang, présenta à la région précordiale un bruit de souffle marqué qui persista sans interruption pendant 48 heures. Il succomba 2 jours après. Le cœur disséqué avec soin ne présenta rien d'appréciable, soit dans les parois, soit dans les valvules. — La saignée est d'autant plus avantageuse qu'on la pratique à une époque plus rapprochée du début: sur 16 malades à-peu-près dans les mêmes conditions, ceux qui furent saignés dans les deux premiers jours de la maladie entrèrent en convalescence vers le onzième jour, chez les autres elle fut de 13, 16 et 21 jours. Du reste, dans l'emploi du traitement antiphlogistique, on aura égard moins à la date de la maladie qu'à son degré plus ou moins avancé.

Emétique.—Il a été employé pour ainsi dire en désespoir de cause et chez les malades où les antiphlogistiques avaient échoué. Si le tartre stibié donné à haute dose sans addition d'opium ne produit aucun effet primitif, le pronostic est grave. Sur treize malades qui sont morts après avoir pris de l'émétique, sept ont présenté une tolérance complète, cinq ont éprouvé des phénomènes primitifs très-légers; sur les onze qui ont guéri, tous à l'exception de deux, ont offert des symptômes primitifs vers l'estomac ou ce qui est plus fréquent vers l'intestin. Chez quatre malades le *vésicatoire* a fait promptement cesser une douleur pleurétique qui persistait malgré le traitement mis en usage; à part ces cas le vésicatoire n'a été ni nuisible ni avantageux, toutefois la conviction de M. Grisolle n'est pas bien assise à ce sujet.

Les *alcoholiques*, que les malades ont pris avant d'entrer à l'hôpital, n'ont pas paru avoir d'influence fâcheuse sur la marche de la maladie. Chez un ivrogne, M. Chomel, selon son habitude dans des cas de ce genre, a permis l'usage de deux ou trois tasses de vin; la guérison n'en a pas été retardée.

Bains tièdes; M. Chomel les conseille dans les pneumonies graves qui s'accompagnent de sécheresse à la peau. Deux pneumoniques, un sujet atteint de pleurésie aigue, furent mis dans un bain tiède. Ils étaient gravement affectés, leur peau était sèche, aride, la châleur générale, élevée et âcre; après un bain de 12 à 20 minutes, leur peau fut plus souple, la chaleur moindre et une douce perspiration s'établit. *Journ. Hebdom.* 1836, nº 29, 30, 31.

Pathologie et Thérapeutique chirurgicale.

TUMEUR DE L'ÉPAULE : *Tumeur fibro-cartilagieuse de l'humérus;*



extirpation du bras et d'une partie de l'épaule et de la clavicule. — *Guérison.* — Un homme âgé de 45 ans entre à l'hôpital le 23 décembre, pour y être traité d'une tumeur volumineuse de l'épaule droite. Cette tumeur avait une large base qui remplissait complètement l'aisselle et semblait naître de la partie latérale du thorax. L'articulation de l'épaule n'était plus susceptible d'aucun mouvement, mais le bras pouvait se mouvoir en totalité avec le scapulum. La tête de l'humérus paraissait être le centre de la tumeur, qui, partant de ce point, se terminait vers le milieu de la longueur de l'humérus et en dedans était située à deux pouces du sternum. A son voisinage on pouvait suivre la clavicule et l'épine de l'omoplate, mais leur articulation ne pouvait être reconnue. Du reste consistance extrêmement ferme de la tumeur, qui semble en certains points formée de substance osseuse, et en d'autres de fibro-cartilages. La surface paraît en général bien égale : un examen plus attentif y fait trouver des nodosités irrégulières. Couleur des tégumens peu altérée. Au rapport du malade, six ans auparavant, des douleurs avaient commencé à se manifester par instants dans l'épaule, et six mois après on avait observé pour la première fois, sur la partie antérieure de l'épaule, une tumeur dure et paraissant située dans l'os. La tumeur s'accrut graduellement jusqu'au mois d'août 1833; à cette époque le malade se fractura l'humérus du côté affecté en tombant sur le côté. L'os, brisé à sa partie moyenne, se consolida sans aucun déplacement; mais après l'accident la production morbide s'accrut avec plus de rapidité et s'accompagna de sensations douloureuses : le sujet était surtout fatigué par un sentiment de pesanteur et d'oppression qui ne lui laissait aucun relâche et le tourmentait particulièrement pendant la nuit. Du reste il se portait parfaitement bien.

Comme la tumeur avait évidemment commencé par l'humérus, il y avait de bonnes raisons pour croire que les autres os du voisinage, quoique peut-être adhérents ou absorbés par le fait de la pression, n'étaient pas affectés de la même manière. En effet, on ne connait pas de production fibro-cartilagiqueuse, (et telle était évidemment la nature de la tumeur dont il s'agit) qui se soient jamais étendues au delà de l'os qui avait été leur point de départ. On voit bien assez souvent des os du métacarpe et des phalanges, être simultanément le siège de tumeurs de cet ordre, mais alors l'affection commence dans chaque os d'une manière indépendante, et ne s'étend nullement de l'un à l'autre. J'en conclus donc, dit M. Syme, que pour l'extirpation complète de la tumeur il suffirait

d'enlever l'humérus, et que s'il devenait nécessaire d'emporter en même temps quelque partie d'un autre os, comme la cavité glénoïde, les apophyses coracoïdes et acromion, l'extrémité scapulaire de la clavicule, ce serait uniquement pour faciliter la destruction des adhérences développées entre la surface de la tumeur et les parties environnantes, ce qui du reste ne semblait devoir amener ni grandes difficultés, ni conséquences funestes. L'opération fut donc proposée au malade qui l'accepta avec d'autant plus de joie qu'à ses souffrances était jointe l'impossibilité de tout travail.

L'opération fut pratiquée le 15 janvier : Incision semi-lunaire au côté interne de la tumeur, à convexité tournée en avant, commençant à l'acromion et se terminant sur le bord inférieur de l'aisselle. L'artère axillaire est ainsi mise à nu et liée. Incision semblable sur le côté externe de la tumeur et qui joint la première; division des muscles qui sont fortement distendus et paraissent très-altérés dans leur texture, sont d'une couleur gris-jaunâtre, et d'une consistance peu différente de celle des productions de mauvaise nature, ce qui pouvait faire craindre que la maladie ne fût plus étendue. Cette enveloppe étant divisée, la tumeur devint visible à l'œil. On coupa facilement l'apophyse acromion et la clavicule, et en déprimant le bras, les dernières attaches furent isolées. On vit alors qu'il existait une adhérence fibreuse entre la cavité glenoïde et la tumeur qui l'embrassait de tous côtés à la manière d'une coupe. Il fallut donc scier le col de l'omoplate et enlever la portion de cet os qui soutenait l'apophyse coracoïde qui ne pouvait être d'aucune utilité, et aurait pu retarder la guérison. Les lèvres de la plaie se réunirent parfaitement; il n'y eut aucun symptôme fâcheux, et le malade sortit parfaitement guéri, le 13 février. (Il a été revu depuis peu en bonne santé.)

La tumeur pesait douze livres et était entièrement formée de fibro-cartilage, comme le démontra la macération qui la réduisit en parcelles quand elle fut privée des parties plus molles qui les réunissaient.

L'opération, quoique laborieuse et effrayante, ne fut pas difficile, si l'on en excepte la ligature de l'artère axillaire, fortement tendue le long de la tumeur et qui ne pouvait aisément être dégagée des parties voisines. (*Fourteenth Report of surgical cases, By* Jame Syme. *Th, Edinburgh med. and. surg Journ. oct.* 1836).

LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE : *pour une plaie de la partie supérieure du cou* : obs. par le Dr Bedor de Troyes.—Les observa-

tions de ligature de la carotide pour des plaies du cou, ne sont plus très-rares. M. Ph. Bérard (*Dict. en 25 vol.*) en a pu rassembler treize cas : néanmoins le fait très-détaillé que publie M. Bedor est remarquable sous plusieurs rapports, et nous en donnerons un court extrait. La blessure avait été faite par un poinçon au-dessus de la conque de l'oreille gauche, au-devant de l'apophyse mastoïde. Dans les premiers jours, pour arrêter le sang, on employa la compression, qui détermina des accidens comateux, qu'on fut ensuite obligé de combattre par les antiphlogistiques.

Les symptômes disparus, survinrent de nouvelles hémorrhagies qui se répétèrent malgré des tentatives de ligature dans la plaie, des applications de cautère actuel, malgré une compression plus forte qui détermina un abcès de la joue. L'anémie faisait des progrès effrayans quoique le sujet, âgé de vingt ans, fût très-vigoureux. Le dix-septième jour, une hémorrhagie encore plus abondante détermina enfin M. Bédor à lier la carotide primitive : non seulement la difficulté de la recherche du vaisseau, mais encore la crainte de trouver l'artère altérée par l'inflammation traumatique, faisaient un devoir de la saisir à la partie inférieure. L'opération se fit sans difficulté. Presqu'immédiatement après, état de stupeur morale et physique qui persiste avec des alternatives de rémission et d'exaspération pendant plusieurs jours, tuméfaction des paupières gauches, yeux un peu ternes. Cependant les fonctions revinrent peu à peu à leur état naturel, et le malade sortit guéri, le 47me jour après l'opération. (*Presse médicale*, 1836, nº 10).

Anévrysme poplité par anastomose, [**variqueux**]. (*Description d'un*).—L'observation que nous indiquons ici a été présentée en 1789, à l'académie royale de chirurgie par M. Larrey, chirurgien en chef de l'hôpital de Toulouse. Bien souvent citée, elle n'avait pas encore été publiée avec ses détails. La tumeur, siégeant au creux du jarret, était le résultat d'une piqûre. Elle datait de 26 ans, et s'était accrue peu à peu. Très-volumineuse pendant la station, elle diminuait sans disparaître par le coucher horizontal. Dans les anévrysmes variqueux ordinaires, la veine et l'artère communiquent par une perforation qui permet au sang de passer de l'un de ces vaisseaux dans l'autre. L'observation de Larrey diffère de toutes celles qui ont été publiées, par les circonstances suivantes. La tumeur était constituée par un kyste, à la partie supérieure duquel s'ouvraient isolément l'artère et la veine crurale très-dilatés. De sa partie inférieure sortait l'artère poplitée, plus petite que d'ordinaire. Des parties latérales naissaient les

articulaires. Quant à la veine poplitée, elle était oblitérée. Le sang arrivait donc dans un sac, formé en partie au moins par la dilatation de l'artère (on en trouve la preuve dans l'origine des artères articulaires), et se divisait en plusieurs colonnes, dont la plus considérable revenait au cœur par la veine crurale. Les parois du kyste étaient épaisses, ossifiées dans une certaine étendue; il contenait des concrétions lymphatiques. (*Presse médicale*, 1837. n.° 4.)

TUBERCULES NERVEUX SOUS-CUTANÉS : (*extirpation de*) — Cheselden paraît être le premier qui ait décrit cette singulière maladie; mais c'est surtout Dupuytren qui l'a fait connaître et a déterminé sa nature. Elle consiste en de petites tumeurs sous-cutanées, lenticulaires, rarement plus grosses qu'une fève, dures, et sans adhérence à la peau. Elles sont de nature squirrheuse, causent de vives douleurs et ont souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic; on les a confondues en effet avec des douleurs produites par une névralgie, un rhumatisme, une carie lombaire, et elles peuvent siéger sur presque toute la surface du corps. Leur extirpation fait cesser immédiatement tous les accidens auxquels elles ont donné naissance. On en trouve deux exemples dans la thèse de M. Jaumes, (Paris, 1828, 30 décembre); qui renferme en outre une bonne description générale de la maladie. M. Clerambault (Thèses de Paris, 1829, n° 90) en rapporte aussi deux cas qui ne se trouvent pas dans la dissert. de M. Jaumes. Enfin, au rapport de M. Syme, M. William Wood a fait un bon travail à ce sujet; (*Trans. of the med. chir. Soc. of. Edinb.*, vol. III, p. 317). M. Syme en rapporte deux exemples remarquables, différens de ceux qui ont été publiés, par plusieurs circonstances.

I. Alice Menderson, âgée de 16 ans, portait depuis deux ans une petite tumeur circonscrite, mobile, du volume d'un pois, située sous la peau de la partie latérale de la première phalange du doigt annulaire. Cette tumeur n'avait subi aucun changement, et causait souvent des douleurs très-vives; la plus légère pression était insupportable. Je l'enlevai et je réunis la plaie qui se cicatrisa par première intention. La tumeur avait une couleur gris-jaunâtre, et la consistance d'un ganglion lymphatique.

II. Une dame, de moyen âge, souffrait depuis huit ans, sous l'ongle du petit doigt, de douleurs vives, non continuelles, mais revenant de temps à autre et durant chaque fois plusieurs heures. Ces attaques étaient ramenées par la pression, le froid, ou les affections morales. Long-temps elle n'avait aperçu d'autre différence entre cet ongle et ceux des autres doigts, qu'un léger changement de couleur à sa racine, mais depuis un an il était manifestement arqué d'un côté à l'autre. Cette dame désirait qu'on lui fît l'ampu-

tation qu'elle regardait comme le seul remède. Avant de procéder à ce moyen extrême, je lui fis consentir à se laisser enlever la partie convexe de l'ongle, pensant qu'il cachait peut-être quelque production morbide susceptible d'extirpation. J'amenai en effet avec l'ongle la moitié d'une petite tumeur ronde, jaunâtre, et de consistance ferme et pulpeuse. L'autre moitié de cette production resta appliquée sur la matrice de l'ongle et fut facilement enlevée avec la pointe d'un canif ; elle semblait à peine avoir quelques connexions avec les tissus sous-jacens : La malade s'en retourna immédiatement chez elle, et comme je n'en ai plus entendu parler, je pense qu'elle aura été complètement guérie. (Syme. *Report of surgical cases*. Dans *Edinb. med. and. surg. Journ*. Octobre 1836).

Résections du membre inférieur. (*Mémoire pour servir à l'histoire des*) ; par M. Pétrequin. — La première des sept observations que l'auteur rapporte sous ce titre est relative à une ablation du premier métatarsien avec conservation de la phalange du gros orteil. La deuxième, à une résection de la tête du second métatarsien avec ablation de l'orteil correspondant. M. Pétrequin n'a pas suffisamment décrit le procédé opératoire suivi dans ces deux cas par M. Lisfranc dans le service duquel ces faits ont été observés, pour que nous puissions les indiquer. Dans les cinq observations suivantes, tirées de la clinique de M. Velpeau, l'opération fut exécutée avec la scie à molette de M. Martin, instrument qui permet de scier, de creuser, de perforer et de reséquer les os en tous sens, sans qu'il soit nécessaire de les découvrir sur deux faces opposées, comme cela avait eu lieu jusqu'à ce jour. — Voici l'indication succincte de ces opérations qui toutes ont une grande importance.

Obs. Ire. — *Carie de la tête du troisième métatarsien.* — On pratique sur le dos du pied une incision ovalaire fort alongée, dont la base se trouve sous la racine plantaire de l'orteil correspondant. Après avoir isolé et dénudé l'os, incision d'arrière en avant avec la scie à molette horizontale de manière à enlever la moitié antérieure du métatarsien et le troisième orteil; guérison en vingt jours.

Obs. II. — Carie de la base des cinquième et quatrième métatarsiens et de la partie correspondante du cuboïde, qui sont enlevés par le procédé suivant : Incision horizontale au côté externe du pied comme si on eût voulu séparer le dos de la plante ; deuxième incision perpendiculaire à la première, à la réunion du tarse et du métatarse. Dissection des lambeaux, dénudation des os ; section oblique (avec la scie à molette en champignon), qui résèque la moitié de la face supérieure, presque toute la face externe du cuboïde, la base du cinquième métatarsien, et une partie de celle du quatrième. Opération rapide, rapprochement des lambeaux ; la

guérison, retardée par quelques accidents inflammatoires, a lieu en deux mois.

Obs. III.—Carie de la malléole péronière. M. Velpeau imagina de l'enlever sans toucher à l'articulation tibio-astragalienne, et d'éviter ainsi l'inflammation de la synoviale en conservant le membre entier. Incision en T aux téguments, soulèvement des lambeaux qui sont en partie excisés au niveau des trajets fistuleux, puis, avec la scie à molette, enlèvement successif de trois couches de la malléole jusqu'au delà des limites de la carie et sans pénétrer dans l'article. Angioleucite consécutive. Le malade veut sortir le douzième jour. Mort le vingt-deuxième.

Obs. IV et V. — Dans ces deux cas, il s'agit d'une carie du grand trochanter, datant de longues années. Dans le premier cas, incision en T; dans le deuxième, simple incision elliptique; le grand trochanter, dénudé à l'aide du bistouri, est enlevé avec la scie à molette en champignon, couche par couche, jusque près de la cavité digitale. Le sujet de la première observation, à constitution détériorée, ne guérit qu'au bout de trois mois; celui de la deuxième, en moins de six semaines. Il ne paraît pas que dans aucun de ces cas, M. Velpeau ait tenté la réunion immédiate. (*Gazette médicale de Paris*. 1837, n° 3.)

Académie royale de Médecine.

Séance du 31 janvier. — Opérations pratiquées pendant le sommeil magnétique. — M. Jules Cloquet, dont le nom avait été prononcé dans la dernière séance, au sujet d'une femme chez laquelle il a amputé un sein cancéreux pendant le sommeil magnétique, prend la parole pour redire de nouveau à l'Académie les détails de cette observation, qu'il lui avait déjà soumise, et rappeler qu'il ne s'est présenté que comme historien, et qu'il a toujours eu soin de se tenir en dehors de toute explication des phénomènes magnétiques. M. J. Cloquet reprend donc les diverses circonstances du fait dont il s'agit : la femme opérée avait non-seulement un sein entièrement cancéreux, mais de plus, de nombreux ganglions axillaires étaient envahis. Deux incisions de neuf à dix pouces de longueur ont dû cerner la tumeur; des ligatures des vaisseaux ont été pratiquées, les ganglions de l'aisselle extirpés. L'opération a été longue et pénible, car il fallait ménager l'artère axillaire. Quoi qu'il en soit, cette femme n'a pas

proféré la moindre plainte. M. Cloquet n'a pas saisi davantage, dans l'expression de ses traits, la plus légère trace d'émotion. Interrogée à diverses reprises, elle a constamment répondu qu'elle ne ressentait aucune douleur. La première marque de sensibilité qu'elle ait donnée, c'est au moment où M. Cloquet lotionnait la surface de la plaie pour procéder au pansement; qu'elle se mit à rire en disant qu'on la châtouillait. Du reste, la plaie marchait à la guérison, quand, à la suite d'une promenade en voiture que le magnétiseur avait jugée convenable, elle fut prise d'un point de côté, indice d'un épanchement, et mourut le vingtième jour après l'opération.—Il faut noter que dans tout cet intervalle de temps, le sommeil magnétique n'a été interrompu qu'une seule fois, et promptement reproduit, la malade réveillée ayant donné des signes d'un vif saisissement à la vue des résultats de l'opération qu'elle avait subie sans le savoir. Les pansements se faisaient sans qu'elle en eut plus de conscience. La promenade en voiture avait eu lieu de même au milieu de son sommeil. Enfin on peut dire rigoureusement qu'elle est morte en dormant.

LITHOTRIPSIE DANS UN CAS DE CALCUL ENCHATONNÉ. — M. Ségalas présente une vessie divisée en deux poches. La cloison percée est traversée par un gros calcul qui s'y trouve enchatonné. Le malade qui a fourni cette pièce est un homme de quarante ans; il souffrait depuis l'âge de dix-huit. M. Ségalas reconnut, par le cathétérisme, une pierre saillante et immobile dans la vessie. La lithotripsie fut pratiquée, et le détritus rendu après trois séances équivalait au volume d'une grosse noix, mais la portion enchatonnée du calcul a échappé à l'instrument lithotriteur. M. Ségalas avait tout préparé pour la lithotomie, quand le malade a succombé à une hémoptysie.

Séance du 7 février. — RÉGÉNÉRATION DES PARTIES DU CORPS HUMAIN (*sur les*); *par M. Kuhnholtz, bibliothécaire à la Faculté de Médecine de Montpellier.* — M. Cruveilhier lit un rapport sur ce travail. Le résumé des considérations de M. Kuhnholtz sont que : 1° la régénération des parties amputées, assez commune chez les animaux, est douteuse chez l'homme; 2° qu'il suit de là que l'on ne peut conclure des expériences sur les animaux à l'homme; 3° qu'il est antiphysiologique de rapporter à un organe une fonction qui subsisterait après la perte de cet organe, ou qui resterait intacte, l'organe étant altéré; 4° que le pouvoir régénérateur est d'autant plus étendu chez les animaux qu'ils s'éloignent davantage de l'homme; 5° enfin que chez l'homme on n'a guères observé que

la régénération des os, du périoste, des ongles et de l'épiderme, de la peau, des muqueuses, du tissu cellulaire et de la substance nerveuse. M. Cruveilhier n'admet point la *régénération* dans beaucoup de ces cas. Il n'y reconnaît que la formation d'un tissu accidentel qui remplace celui qui manque, mais qui en diffère tout-à-fait par sa nature, et qui ne peut le suppléer dans ses fonctions; c'est ainsi que M. Cruveilhier n'accepte nullement les expériences invoquées pour démontrer la régénération des nerfs. Si, après l'excision d'un nerf qui se rend à un organe, celui-ci n'a pas perdu la faculté de sentir, c'est qu'il reçoit d'autres nerfs. La cicatrice qui réunit les bouts d'un nerf incisé, est une barrière que ne franchira jamais la sensibilité. — M. Roux pense avec M. Cruveilhier, que le terme de *régénération* est peu convenable en général, pour désigner ce qui se passe dans le mécanisme de la réunion des parties divisées. Mais il ne partage pas l'opinion que la cicatrice des nerfs est infranchissable à la sensibilité dans tous les cas. Si cela a lieu quand les nerfs sont incisés brusquement, il n'en est plus de même quand la solution de continuité s'effectue lentement.

M. Cruveilhier répond qu'il a fait de nombreuses expériences pour résoudre la question de la régénération des nerfs, et que jamais, quelque temps que les animaux aient vécu, il n'a vu la sensibilité reparaître dans les parties, quand il avait coupé complètement tous les nerfs qui s'y rendent. M. Cruveilhier ne comprend pas d'ailleurs ce que la lenteur de la section des nerfs pourrait apporter de différences dans les résultats. — M. Dupuy fait remarquer que la manière dont s'effectue la cisatrisation des nerfs ne peut permettre la transmission de la sensibilité. Les deux bouts se renflent par la déposition d'une lymphe plastique tout-à-fait étrangère à la matière nerveuse.

EMPYÈME. — Depuis la discussion sur l'empyème, M. Cruveilhier a eu l'occasion d'observer un cas où cette opération a été pratiquée, et qui semble étayer ce qu'on a dit de l'innocuité du contact de l'air avec la plèvre, et du bénéfice qu'on peut obtenir de la thoracenthèse. Une jeune femme, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une paraplégie, fut prise peu de temps après d'une pleurésie qui, malgré les saignées répétées, s'est terminée par épanchement purulent. Tous les moyens thérapeutiques étant épuisés, et la suffocation devenant imminente, M. Cruveilhier s'est décidé à faire pratiquer la ponction du thorax. Un demi-litre de sérosité s'écoula au-dehors, après quoi la canule se boucha, et il fut impossible de la désobstruer. Le soulagement n'en fut pas

moins manifeste. Six jours après, la suffocation étant redevenue menaçante, une nouvelle ponction fut faite, mais il ne coula qu'une très-petite quantité du liquide épanché, et le soulagement fut, cette fois, à peine marqué. M. Cruveilhier fit alors ouvrir largement la poitrine; le pus sortit à flots. La respiration recouvra immédiatement une si grande liberté que la malade se crut guérie. Ce bien-être du côté de la poitrine continua et s'accroissait même de jour en jour. Malheureusement la dyspnée éprouvée pendant si longtemps par la malade, l'avait obligée à rester constamment assise, et des escarrhes profondes s'étaient formées aux ischions. La gangrène fit des progrès incessants, et cette femme y a succombé. 23 jours s'étaient écoulés depuis la dernière opération. Le poumon avait contracté des adhérences avec la plèvre costale dans son tiers supérieur. Le pus était collectionné dans une sorte de kyste, à la partie inférieure du thorax.

Séance du 14 février. — MAGNÉTISME ANIMAL. — M. Berna écrit à l'Académie qu'il est prêt à montrer des phénomènes de magnétisme à tous ceux qui sont curieux d'en voir. — Après quelques oppositions, l'académie consultée décide qu'une commission sera nommée pour assister aux expériences de M. Berna. Cette commission se composera de M. Bonillaud, Emery, Oudet, Roux, Cloquet et Fréd. Dubois.

GRIPPE. — L'ordre du jour appelle la discussion sur la maladie régnante. M. Lepelletier, de la Sarthe, premier inscrit, a la parole. M. Lepelletier, chargé d'un double service médical, l'un au bureau central, l'autre à l'Hôtel-Dieu où il remplace un des médecins malade, a eu l'occasion d'observer un très-grand nombre d'individus affectés de la grippe; ce nombre s'est élevé en vingt jours à mille cinquante! M. Lepelletier, en outre de la cause occulte, le *génie épidémique*, reconnait comme causes de la grippe, les variations atmosphériques et surtout le froid humide. La grippe, suivant lui, est essentiellement consituée par une inflammation de la muqueuse bronchique, mais y il a un élément nerveux qui la distingue, c'est une bronchite spasmodique. La grippe peut revêtir des formes variées, mais il est facile de retrouver toujours le même fonds au tableau des symptômes. M. Lepelletier n'admet point une grippe bénigne et une grippe maligne. La grippe, par elle-même, est toujours bénigne: quand des accidents graves se déclarent, c'est qu'il s'est joint une complication. M. Lepelletier observa, sur 200 grippés, 25 pneumonies, 2 pleurésies, 3 gastro-entérites, 2 rhumatismes aigus, 2 parotides. Il a vu un phthisique suffoqué par l'invasion de la

bronchite spasmodique et mourir asphyxié. Il a fait des observations semblables chez plusieurs vieillards catarrheux. La grippe peut encore être très-grave chez les sujets apoplectiques; non-seulement cela s'explique par les congestions cérébrales que provoque la toux, mais encore par l'espèce de proscription dont on a frappé la saignée. Mais la complication la plus fréquemment funeste, c'est la pneumonie ou la pleurésie, et cela d'autant plus que la saignée, quoique bien indiquée dans ces cas, est loin d'avoir les effets avantageux qu'on lui reconnait habituellement. M. Lepelletier a trouvé que la méthode de Rasori, qui combine les émétiques à hautes doses avec les évacuations sanguines, était la plus efficace; il s'est bien trouvé encore, chez les vieillards catarrheux, de l'emploi de l'oxide banc d'antimoine ; M. Lepelletier a été frappé de la *tolérance* pour l'émétique : sur 18 malades deux seulement ont vomi.

M. Louyer-Willermay regarde aussi la grippe comme une maladie légère; il ne partage point l'opposition qu'on a soulevée contre la saignée dont il a tiré beaucoup d'avantages quand le pouls était plein, développé, la respiration oppressée, etc. La durée de la maladie n'a pas alors excédé trois jours; le sang présentait un caillot consistant, et quelquefois une couenne épaisse.

M. Récamier rappelle l'épidémie de grippe qui a eu lieu en 1803, épidémie qui fut très-funeste. Alors le cours de la maladie était marqué le plus souvent par une phlegmasie cutanée. M. Récamier regarde la grippe comme une affection de la nature des fièvres éruptives; il ne se fonde pas seulement sur la coïncidence de la phlegmasie cutanée qui a signalé l'épidémie de 1803, il base encore son opinion sur l'ensemble des symptômes qu'il retrouve analogues dans les deux ordres des maladies. Le catarrhe de la grippe est, en effet, le *catarrhe tussiculeux* de la scarlatine, et si en 1837, l'éruption cutanée n'est pas générale, on observe encore assez souvent des rougeurs érysipélateuses, et les pustules labiales sont à peu près constantes, etc. Enfin, on sait que dans les fièvres éruptives, l'éruption n'apparait pas toujours et que la *nature* de la maladie n'est pas changée pour cela. Cette éruption d'ailleurs peut être intérieure; c'est ainsi qu'en 1803, la muqueuse digestive, comme les téguments externes, en était le siège. L'éruption intestinale avait tous les caractères des lésions si bien décrites par Rœderer et Wagler. Toutes les fois qu'une épidémie sévit gravement, elle laisse des traces indélébiles; aussi est-ce à artir de l'épidémie de 1803 que M. Récamier voit se multiplier

les éruptions intestinales. Depuis le choléra ne voit-on pas également plus de symptômes algides, de cyanoses? M. Récamier distingue dans les phénomènes de la grippe trois formes principales : dans la première (*forme inflammatoire*), les individus affectés, généralement forts et robustes, ont le pouls dur, résistant, la céphalalgie est vive, la respiration gênée, la base de la poitrine est comme serrée par *une barre*. Dans cette forme, la saignée est d'urgence; M. Récamier l'a fait répéter jusqu'à 4 et 6 fois, et il a vu le sang devenir de plus en plus coagulable à mesure que son évacuation était renouvelée : caractère différent de ce qu'on observe dans les pleurésies et pneumonies, et qui paraît être spécial à la grippe.

Dans la seconde forme (*forme bilieuse*), la bouche est amère, la langue blanche, pâteuse, couverte de mucosités; le pouls n'a ni force ni résistance; la scène se passe dans l'appareil digestif. Les émétiques sont indiqués, et leur effet est immédiat : M. Récamier a vu tous les symptômes disparaître en 24 heures sous l'influence de cette médication. Les purgatifs sont bien moins efficaces, ce qui se comprend, puisque les émétiques, outre l'évacuation qu'ils produisent, provoquent encore la diaphorèse, véritable crise de la grippe.

La troisième forme est appellée *nerveuse* par M. Récamier : l'agacement nerveux est extrême, il n'y a pas de sommeil, des douleurs fugaces traversent les membres et le tronc, le pouls est petit, déprimé, la prostration considérable : dans ces cas, la saignée est positivement contre-indiquée; M. Recamier l'a vue accroître alors l'intensité des péripneumonies. La grippe sous cette forme est fort grave; les malades s'*éteignent* souvent sans qu'aucun moyen puisse amener une réaction. Ce qui a le mieux réussi à M. Récamier dans ces cas, c'est l'administration des bains.

M. Piorry reconnait diverses phases à l'épidémie. Il voit la phlegmasie pulmonaire s'étendre de plus en plus en profondeur, et d'abord bornée aux premières divisions bronchiques, envahir enfin les dernières ramifications, dernier terme qu'a atteint l'époque où nous sommes. M. Pierry a tenté sans succès l'émétique à haute dose dans les pneumonies qui ont compliqué la grippe et qu'il a surtout constatées chez les vieillards. Il n'a pas été plus heureux par la pratique des saignées, même répétées coup sur coup. — M. Bouillaud, sans repousser l'idée d'une *cause épidémique spéciale*, trouve dans la constitution atmosphérique une explication suffisante de la grippe et de sa propagation; il ne nie pas non plus que les affections épidémiques n'impriment, en

général, leur physionomie à toutes les maladies intercurrentes: toutefois cette proposition a été exagérée. Il n'a pas encore recueilli assez d'observations pour pouvoir se prononcer sur le caractère particulier qu'on veut donner à la pneumonie qui se déclare dans la grippe, mais il possède déjà quelques faits qui tendent à démontrer que la saignée répétée, pratiquée d'après sa méthode, ne doit pas avoir moins de succès dans cette pneumonie de la grippe que dans la pneumonie la plus franche: M. Bouilland cite notamment un médecin de soixante-huit ans chez lequel la saignée coup sur coup a fait disparaître très-vite les accidents de la pneumonie la plus grave. M. Bouillaud avoue, du reste, que depuis l'invasion de l'épidémie, il est mort dans son service plus de malades qu'il n'en était mort dans l'espace de huit mois.

FRACTURES DE JAMBE. (*Traitement des*). — M. Velpeau présente trois individus affectés de fracture récente à la jambe, et qui marchent avec des béquilles. M. Velpeau leur a appliqué l'appareil inamovible de M. Larrey, modifié par M. Seutin, de Bruxelles. C'est le bandage de Scultet dont les bandelettes sont imprégnées d'amidon. L'appareil présente ainsi assez de solidité pour contenir fermement les fragments, et permettre aux malades de se mouvoir sans danger.

Académie royale des Sciences.

Séance du 6 février. PRESSION DE L'AIR DANS LA TRACHÉE PENDANT L'ÉMISSION DE LA VOIX. — M. Cagnard-Latour adresse les résultats des expériences qu'il a eu occasion de faire à ce sujet. Ch. L... porte à la trachée artère un trou de huit à neuf millimètres de diamètre, par suite d'une opération pratiquée le 26 novembre dernier pour prévenir la suffocation. Les parois de cette ouverture sont soutenues par un tuyau d'argent placé à demeure. Quand elles ont cessé d'être douloureuses, M. Cagnard a pu faire les observations manométriques qui devaient lui faire connaître la pression à laquelle est soumis l'air contenu dans la trachée pendant l'acte de la phonation: il a reconnu que cet excès de pression sur la pression atmosphérique, fait équilibre à une colonne d'eau de seize centimètres.

Séance du 21 février. MOYEN DE DÉCOUVRIR LE PUS DANS LE SANG. — M. Mandl rappelle en quelques mots les faits qui se rattachent à l'analyse microscopique du sang; il examine et discute chacun des procédés qui ont été préconisés en vue de révéler la

présence du pus dans le sang, et il démontre que pour la plupart ils sont inapplicables. Il est indispensable, selon lui, d'employer d'autres moyens.

On sait qu'on obtient la fibrine du sang à l'état de pureté en battant ce liquide avec une baguette. Si l'on traite par le même procédé le sang mêlé de pus, on y reconnaît facilement la présence de la plus petite quantité du fluide pathologique. Si le sang pur et chaud provenant de la veine est reçu dans de petites éprouvettes et battu avec une baguette de verre, on voit se former quelques minutes après une membrane élastique enveloppant la baguette. Cette substance jouit des propriétés du caoutchouc; elle revient subitement sur elle-même quand on lui a fait subir une certaine traction: Elle est rouge, et, par le lavage paraît d'un blanc jaunâtre; pressée entre les doigts, elle cède comme le caoutchouc mouillé. Ce phénomène n'a plus lieu lorsqu'on lui a fait éprouver une certaine dessiccation, ou lorsqu'elle a long-temps séjourné dans l'eau. Cette membrane est continue sans lambeaux ni filamens. S'il existe une petite quantité de pus dans le sang, un soixantième, par exemple, la fibrine obtenue consiste dans une réunion de lambeaux filamenteux non élastiques qui, par le lavage, deviennent tout-à-fait blancs. *Commissaires* : MM. Dutrochet, Dumas et Breschet.

ÉLECTRICITÉ ANIMALE. — M. le docteur Turck adresse un mémoire sur ce sujet. Cet auteur est porté à penser que tous les actes physiologiques n'ont pas d'autres causes pendant la vie que l'électricité elle-même. Il admet donc un fluide électrique animal dans l'économie. Quoiqu'il reconnaisse que ce fluide n'est au fond que le fluide nerveux, et que les nerfs en sont les principaux conducteurs, ce fluide électrique animal ne se formerait point, suivant lui, dans le cerveau, contrairement à une des opinions le plus universellement et le mieux établies, parmi les physiologistes, quant au fluide nerveux proprement dit; contrairement aux dernières expériences de M. Matteucci quant au fluide électrique spécial lui-même des torpilles : mais il se produirait, comme cela a lieu dans la sphère matérielle des phénomènes purement chimiques, partout où s'opèrent des actes de composition et de décomposition, c'est-à-dire partout où la nutrition s'effectue, dans les organes secréteurs divers, dans le poumon surtout, qui exercerait à ce titre une haute influence. Le fluide électrique animal de M. Turck serait retenu et isolé sur les divers points où il se forme par le tissu cellulaire sécréteur de la graisse, et serait de là distribué dans toute

l'économie par les nerfs, et aussi probablement par les vaisseaux sanguins, selon les présomptions de l'auteur. Contrairement encore à l'opinion généralement accréditée parmi les médecins, ce serait l'électricité posititive qui présiderait, suivant lui, aux sécrétions alcalines, et l'électricité négative qui présiderait aux sécrétions acides, la peau qui émet un fluide acide donnant à l'électrocope de l'électricité négative, etc. Telles sont les principales conclusions de ce Mémoire, telles que les a formulées l'auteur, en attendant les développements qu'il annonce. *Commissaires*, MM. Becquerel, Dumas el Breschet.

BIBLIOGRAPHIE.

Médecine-légale théorique et pratique; *par* Alph. DEVERGIE. Chez Germer-Baillière. Trois vol. in-8° Paris, 1836.

L'ouvrage que nous annonçons ici est le fruit de dix années d'enseignement et de huit de pratique devant les tribunaux ou à la Morgue qui fournit annuellement plus de trois cents cadavres à examiner : M. Devergie est en outre connu par sa collaboration à plusieurs ouvrages importants, et entre autres, aux *Annales d'hygiène et de médecine légale* et au *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiqués*. Enfin, pour prévenir toute erreur dans l'application de la science du droit, le texte et l'interprétation des lois ont été revus et annotés par M. Dehaussy, conseiller à la cour de cassation.

Après quelques réflexions sur l'importance de la médecine légale, les vices de l'organisation actuelle, et les améliorations dont elle est susceptible, M. Devergie entre en matière par l'examen des actes que le médecin est appelé à faire en justice : ce sont des certificats, des rapports et des consultations : à propos des premiers, il dit un mot des certificats de complaisance, qui entraînent pour celui qui les délivre des peines afflictives, et même infamantes dans le cas où il aurait été mu par dons ou promesses. Des modèles de chacun des actes sont placés à la suite des règles propres à diriger dans leur confection.

Le deuxième chapitre, consacré aux décès, est divisé ainsi qu'il suit : 1° Modes suivant lesquels la mort peut survenir ; 2° distinc-

tion de la mort réelle d'avec celle qui n'est qu'apparente ; 3° détermination de l'époque de la mort ; 4° règles pour les autopsies ; 5° levées de cadavres ; 6° exhumations judiciaires. — Les véritables signes de la mort réelle sont la rigidité, l'insensibilité à l'excitation galvanique et la putréfaction ; tous les autres signes indiqués par les auteurs, tels que le refroidissement, l'affaissement des yeux, l'absence de la respiration et de la circulation, l'insensibilité aux stimulants de la peau ou des muqueuses, etc. ; sont loin de présenter la certitude des premiers. Quant à la détermination de l'époque de la mort, M. D. établit deux périodes principales dans la succession des phénomènes qui se manifestent après la mort : la première qui s'étend depuis le moment où la vie a cessé jusqu'au développement de la putréfaction, se subdivise en quatre temps, qui sont marqués par l'extinction graduelle de la chaleur, l'apparition de la rigidité cadavérique, la diminution du volume du poids du corps ; la flaccidité des parties molles, suite de l'issue des liquides hors des canaux qui les contenaient, d'où résultent aussi les lividités ; les vergeures, etc. ; cette première période dure de deux à vingt heures pour la perte de chaleur, de dix heures à trois jours pour la rigidité, et de trois jours à huit pour retour à la souplesse, l'insensibilité à l'action galvanique, sans altération de la couleur de la peau : la deuxième période comprend tous les phénomènes de la putréfaction, dont le début s'annonce par l'augmentation du volume du corps, l'élasticité et la rénitence de toutes les parties, en conséquence du développement d'une quantité de gaz toujours croissante : ce début se montre du sixième au douzième jour ; on comprend d'ailleurs que l'époque de l'année, l'âge et la constitution du sujet, son genre de mort, etc., influent sur l'époque de l'apparition de tous ces phénomènes. Une fois commencée, la putréfaction marche avec une rapidité qui varie suivant le milieu dans lequel le cadavre est placé. M. D. étudie successivement l'action de l'air, de la chaleur, de l'électricité, de la vapeur d'eau, de l'eau liquide, de celle des fosses d'aisance, du séjour dans la terre : il signale les produits chimiques qui apparaissent, la nature des gaz dégagés, celle du gras des cadavres et des miasmes répandus dans l'air : et après un apperçu général du phénomène, il passe en revue toutes les particularités de son développement dans chaque milieu : un extrait détaillé emprunté au traité des exhumations juridiques de M. Orfila, fait connaître d'une manière complète la succession des transformations que les cadavres éprouvent au sein de la terre : la putréfaction sous l'eau présente neuf

phénomènes distincts : la putréfaction en vert, le développement des gaz, la putréfaction en brun, la réduction en putrilage, la saponification, la dessiccation, les corrosions, les incrustations calcaires et la destruction finale : ces phénomènes qui peuvent se réunir en plus ou moins grand nombre sur le même sujet, sont l'objet d'une étude isolée, et l'époque de leur apparition est déterminée avec soin, de manière à permettre de fixer approximativement la durée de la submersion dans les limites de trois jours à quatre mois et demi, partagés en neuf périodes inégales ; ces données ne s'appliquent qu'à l'hiver ; pour l'été, il y a de vingt à vingt-deux jours de différence dans la marche totale, et les deux autres saisons présentent une moyenne entre ces deux extrêmes. Pour compléter ce tableau, M. D. examine les changements que les cadavres éprouvent à l'air après leur sortie de l'eau. Revenant ensuite sur ses pas, il passe en revue les altérations cadavériques qui pourraient simuler des altérations pathologiques : ce sont les colorations, les ramollissements, les productions gazeuses, et les épanchements. . . . .

Les règles pour les autopsies sont exposées d'abord d'une manière générale et ensuite spécialement dans les cas de blessures, de suspension, de submersion, d'asphyxie, d'empoisonnement, d'avortement et d'infanticide. La section des exhumations judiciaires comprend leur utilité, le danger qui les accompagne, les précautions à prendre pour les effectuer sans inconvénient et dans le cas où l'on suppose que le cadavre est réduit à l'état de squelette : elle est terminée par des considérations sur les moyens de fixer la taille d'une personne dont une partie du corps seulement est mise à la disposition de l'expert. . . . . .

Le chapitre III est consacré aux attentats à la pudeur : d'après l'examen de la législation y relative, M. D. limite la question du viol aux résultats matériels qui en dépendent ; il recherche 1° si la défloration a eu lieu, ce qui le conduit à examiner l'état normal des organes génitaux aux différents âges ; 2° les causes qui amènent la défloration, lesquelles sont de deux ordres, agens mécaniques ou maladies. 3° Les moyens de distinguer une défloration récente, d'une ancienne. 4° Quelles sont les traces de violence que l'on peut trouver dans le cas de viol ou de tentative de viol, et dans ce nombre se rencontrent les taches de sperme. 5° Si ces traces peuvent être attribuées à une autre cause. 6° Enfin, quels sont les indices d'une affection vénérienne, et ces indices ne peuvent-ils pas provenir d'une autre source.

L'étude des cas de nullité de mariage, les questions relatives à la grossesse et à l'accouchement, aux naissances tardives et précoces, remplissent les cinq chapitres suivants.

L'infanticide occupe le IXe. Les principales divisions de cet important chapitre sont relatives : 1° à la détermination de l'âge de l'enfant ; 2° à la docimasie de la respiration ; 3° à la fixation de la durée de la vie et de l'époque de la mort ; 4° aux causes de la mort. — L'avortement, la viabilité, la paternité et la maternite, qui se rattachent en grande partie aux questions déjà traitées dans les chapitres précédents, occupent les trois derniers qui terminent le premier volume.

Le chapitre XIII, intitulé : *Des blessures et coups volontaires ou involontaires*, forme les deux tiers de la première partie du second volume ; cet intéressant sujet est étudié avec soin. M. Devergie donne d'abord des notions générales sur les blessures, sur les armes qui les produisent et le mode d'action de celles-ci ; toutefois, à propos des plaies par armes à feu, j'ai remarqué cette singulière proposition qu'il suffit de citer pour en faire ressortir l'inexactitude : « tous les corps tombent simultanément dans le vide, donc deux balles, l'une de cire et l'autre de plomb, chassées par la poudre, auraient la même vitesse, si on pouvait les soustraire à la résistance de l'air. » M. Devergie a oublié que, dans la chute des corps, la force attractive de la terre se partage proportionnellement aux masses ; tandis que dans les mouvements des projectiles, la quantité de force reste la même. La puissance expansive des produits de la combustion de la poudre ne varie pas avec la masse du boulet ; que celui-ci soit de liége ou de fonte, il reçoit la même impulsion ; la seule différence qui en résulte consiste dans la *vitesse*, de telle sorte qu'en multipliant dans les deux cas cette vitesse par la masse, le produit est le même, et c'est ce qui constitue ce qu'on appelle *la quantité de mouvement*. Cette erreur, légère en apparence, entache les explications que M. D. a données des effets des projectiles ; ainsi, il dit qu'en tirant à brûle-pourpoint, une balle de liége produit tous les effets d'une balle de plomb. Il est vrai que plus bas il convient que l'une ne pénétrera qu'à deux ou trois pouces au dessous des téguments, tandis que l'autre traversera le corps de part en part. La vérité est que les effets sont aussi différents qu'il est possible qu'ils le soient ; une balle de plomb à bout portant traversera d'outre en outre le fémur, par exemple, ce que ne fera jamais la balle de liége, et celle-ci dans les mêmes circonstances, causera par son extrême vitesse unie à

une petite masse plus de désordres dans les parties molles que la balle de plomb; par le même principe, un boulet qui sera parvenu au terme de sa course, déchirera les viscères abdominaux, sans entamer la peau, car il agira en vertu de sa masse presque seule, et l'on ne sera pas en droit de dire que la peau seule a résisté à l'action du projectile (p. 57); elle a, au contraire, obéi à l'impulsion, mais celle-ci n'était pas suffisante pour la porter au delà de la limite de son extensibilité naturelle, aussi n'est-elle pas même ecchymosée, etc. Ce sont des effets de ce genre, que, par suite de leur ignorance des lois les plus élémentaires de la mécanique et de a physique, plusieurs chirurgiens, d'ailleurs fort habiles, ont attribué à un prétendu *vent du boulet*.

Dans le chapitre XIV, sont relatés les faits bien avérés de combustion humaine spontanée, rassemblés sous forme de tableau, ce qui permet de les comparer entr'eux, et d'arriver à cette conclusion, que les tissus saturés d'alcohol, par suite de l'abus que les individus atteints de cette singulière affection avaient fait des boissons spiritueuses, sont dans un état qui rend facile leur combustion, même à l'approche d'une cause déterminante peu énergique. Cette hypothèse, qui est celle de la grande généralité des médecins, explique les phénomènes avec assez de facilité.

Dans l'étude médico-légale de l'asphyxie, qui forme la matière du chapitre XVe, M. Devergie a suivi la classification proposée par Savary dans le *Dict. des sciences médicales*, et qu'il avait déjà reproduite avec quelques modifications dans le *Dict. de médecine et chirurgie pratiques*. Après avoir donné la théorie de l'asphyxie d'après Bichat, et avoir indiqué les secours généraux que réclame cet état, l'auteur traite successivement avec détails de l'asphyxie par submersion, et de l'asphyxie par suspension. D'après l'examen des phénomènes qui accompagnent la mort par submersion, celui de l'état des organes des noyés, l'appréciation des changements organiques qui tendent à indiquer si l'individu a été submergé mort ou vivant, etc. La conclusion remarquable à laquelle M. D. arrive est celle-ci : « Chacun des phénomènes assignés par les auteurs, pris isolément, ne peut pas donner la preuve de la submersion pendant la vie, mais leur ensemble peut y conduire. »

La toxicologie remplit presque à elle seule la seconde partie du deuxième volume. M. D. définit le *poison* : « Toute substance, qui, prise à l'intérieur ou appliquée à l'extérieur du corps de l'homme, mais à petite dose, est capable d'altérer la santé ou de détruire la vie, sans agir mécaniquement. » Après quelques notions pré-

liminaires sur la classification des poisons, les voies par lesquelles ils peuvent être introduits dans l'économie, leur mode d'action, les moyens propres à reconnaître leurs effets sur l'homme, les principaux symptômes ou lésions qu'ils produisent, etc., l'auteur consacre quelques pages aux contrepoisons qu'il réunit dans un même tableau, et entre dans des détails circonstanciés sur la préparation des réactifs et les moyens de reconnaître leur pureté. Il commence ensuite l'histoire particulière des poisons, par les gaz vénéneux (*Asphyxie par les gaz délétères*). Chaque substance est étudiée sous le triple rapport de ses caractères chimiques, de son action sur l'économie animale, et du traitement à opposer aux symptômes qu'elle détermine. Cette partie de l'ouvrage de M. D. a été traitée avec une sorte de complaisance; on voit que l'auteur y a consacré tous ses soins; néamoins j'ai rencontré çà et là des assertions qui me semblent très-contestables; ainsi, suivant M. D.: «Le proto-iodure de mercure est gris ou jaune verdâtre....... Chauffé dans un petit tube fermé, il fournit des vapeurs violettes.» p. 707. Rien n'est moins exact que cet exposé des propriétés d'un corps aussi important à connaître que le proto-iodure de mercure, depuis que M. Biett l'a introduit dans la thérapeutique: il est vert foncé, et chauffé dans un tube, il fond et se volatilise sans altération, si la chaleur est vive, ou se transforme, si elle est lente, en mercure et en sesqui-iodure jaune ou en deuto-iodure rouge (*Berzelius*). — Ailleurs, je lis que l'antimoine traité par l'acide nitrique à chaud se transforme en deutoxide blanc, lequel est soluble dans l'acide hydrochlorique et forme avec lui du beurre d'antimoine, qui, versé dans l'eau, se décompose immédiatement et se transforme en sous-hydrochlorate de protoxide insoluble et en hydrochlorate acide de protoxide soluble. (p. 767.) Le deutoxide d'antimoine est peu soluble dans l'acide hydrochlorique; il s'en sépare à l'état de pureté par l'eau qui le précipite ou sous forme de cristaux par évaporation (*Berzélius*). D'ailleurs comment expliquer que la solution de deutoxide dans l'acide hydrochlorique donne lieu par l'eau à des produits dans lesquels le métal se retrouve à l'état de protoxide; ce ne peut être une faute d'impression, comme je l'avais cru d'abord, car c'est bien l'acide antimonieux qui résulte de la réaction de l'acide nitrique sur le métal. — Je m'étonne aussi qu'en parlant des précipités formés par les hydro-sulfates alcalins dans les sels de mercure et notamment dans le deuto-chlorure et les nitrates, M. D. se soit borné à dire qu'ils sont noirs, sans faire observer la série des teintes qu'ils offrent suivant les proportions du réactif; ils sont d'abord blancs, puis jaunes, oran-

gés, bruns, et enfin noirs quand l'hydro-sulfate est en excès. Est-ce aussi une description suffisante du sulfure de mercure que la suivante : solide pulvérulent ou cristallisé en aiguilles, insoluble. — Il me semble qu'il était également utile de signaler la grande solubilité du précipité formé par la potasse, la soude et l'ammoniaque dans la solution de sulfate de zinc, lorsque l'on ajoute un excès d'alcali. Ce caractère suffit pour distinguer ce sel de l'alun, par exemple, l'alumine étant insoluble dans l'ammoniaque, et ne se dissolvant que dans la potasse ou la soude. — Pourquoi aussi, en parlant de l'opium et de ses diverses préparations, avoir passé sous silence le laudanum, si fréquemment employé pour produire l'empoisonnement? et d'autre part, à quoi bon, dans un ouvrage pratique, s'occuper des effets toxiques du cérium, de l'urane, du molybdène, du nikel, de l'iridium, etc.? En voilà assez pour montrer que malgré ses soins, M. D. a laissé échapper des inexactitudes qu'il rectifiera sans peine dans une nouvelle édition.

A la suite des poisons se trouvent indiquées les altérations spontanées dont sont susceptibles certaines substances alimentaires, telles que les viandes fumées, les fromages, etc.; enfin, sous le titre d'empoisonnement en général, qui est placé en tête du XVII[e] chapitre, M. D. indique la marche analytique à suivre pour arriver à la détermination d'un poison quelconque, et il consacre le XVIII[e] chapitre à l'indication des maladies qui peuvent simuler l'empoisonnement.

Le chapitre XIX[e] traite des falsifications en général : nous regardons cette étude comme fort utile pour ce qui regarde la falsification des boissons ou des aliments : mais à quoi bon s'occuper de celles qui portent sur l'écriture et plus particulièrement encore sur les monnaies : celles-ci sont plutôt du ressort de la chimie que de la médecine légale : et ce qui le prouve, c'est que la solution des problèmes qui s'y rattachent est confiée à des essayeurs et non à des médecins.

M. Devergie a fait une section à part de l'examen de diverses espèces de taches, sperme, mucus, sang, rouille, etc.; dans le chapitre XXI[e], il a exposé l'état de la science sur les maladies simulées, dissimulées, prétextées ou imputées, et les quatre suivants, qui terminent l'ouvrage, sont employés aux questions de survie, d'identité, au suicide, et à l'aliénation mentale.

Malgré l'étendue de l'analyse que nous venons de donner, nous avons été obligés de nous abstenir de la plupart des réflexions que nous a suggérées la lecture de l'ouvrage de M. Devergie : un grand

nombre des opinions émises par ce médecin sont en opposition avec celles que professe M. Orfila, dont l'autorité est si imposante en médecine légale : nonobstant les critiques dont elles ont été l'objet, M. Devergie ne les a pas abandonnées : il eut sans doute été intéressant d'entrer dans cette discussion ; mais les lecteurs comprendront sans peine qu'on ne combat pas des faits avec des raisonnements ; qu'il eût fallu se livrer à des recherches minutieuses et multipliées, et être en outre favorisé par une position spéciale qui offrit des exemples assez nombreux des questions en litige : toutes ces considérations m'ont arrêté, et j'ai dû me borner à l'exposé de la marche suivie par l'auteur : j'ai d'ailleurs répété avec soin les expériences relatives aux faits chimiques qui me semblaient erronés ou incomplets, dont quelques-uns ont été rapportés plus haut.

En résumé, l'ouvrage de M. D. est le fruit de laborieuses recherches mises en œuvre avec beaucoup de talent : malgré quelques imperfections, qu'il sera aisé de faire disparaître par la suite, le grand nombre d'exemples qui se rattachent à chacune des questions proposées, lui mérite la qualification de traité *pratique*, que lui a assigné l'auteur, et il ne peut manquer d'être recherché et consulté avec fruit par la classe de lecteurs pour lesquels il a été écrit.

GUÉRARD.

MANUEL COMPLET DE MÉDECINE-LÉGALE, *ou Résumé des meilleurs ouvrages publiés jusqu'à ce jour sur cette matière, précédé de considérations sur les expertises medico-légales, sur leurs formalités; sur la manière d'y procéder, et sur la responsabilité des médecins, et suivi de modèles de rapports, du tarif des honoraires dus aux médecins, chirurgiens, etc.; des lois, ordonnances et articles des Codes relatifs à leur réception, à leurs attributions respectives, à l'exercice de leurs professions, etc.; par* Jh. BRIAND, *D. M. P., et* J. X. BROSSON, *avocat à la Cour royale de Paris.* Paris, 1836, in-8°, pp. 810. Chez J. S. Chaudé.

Le titre que nous avons reproduit en entier nous dispense d'une analyse plus étendue de ce livre, déjà connu du reste. Ce manuel, qui par son étendue sort de la ligne de ce genre de livres plus nuisibles que profitables à la science, a eu un succès mérité. C'est un des meilleurs résumés des connaissances et des procédés de la médecine-légale moderne.

Le numéro de ce mois était presque entièrement terminé, lorsque nous avons reçu le mémoire qu'on peut y lire sur la grippe. L'importance de ce document, son utilité dans le moment actuel où la maladie épidémique sévit dans un grand nombre d'endroits, nous ont engagés à ne pas attendre le numéro suivant du Journal pour le publier. Nous l'avons donc substitué à une partie des matières qui composaient la Revue générale, les Variétés et la Bibliographie. C'est ce qui explique pourquoi ces divisions du Journal ne sont pas remplies comme d'ordinaire. (Le Rédacteur).

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MARS 1837.

Mémoire sur les effets du pus en contact avec le tissu osseux, d'après les observations recueillies à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, dans le service de M. J. CLOQUET, *et d'après les leçons de ce professeur; par* G. E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, *interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, etc.*

L'histoire du développement de la matière purulente, des phénomènes primitifs qu'elle produit, des accidents qu'elle détermine consécutivement, est d'une haute importance dans le traitement des maladies chirurgicales : selon que le pus se trouve en contact avec tel ou tel tissu, qu'il est situé sous la peau ou répandu autour des parties plus profondes, des indications thérapeutiques souvent opposées découlent de ces circonstances.

Le but de ce travail n'est pas de rechercher les causes premières de la formation du pus, des symptômes qui annoncent sa présence, des tissus de prédilection qu'il semble affecter : de nombreux et de judicieux travaux ont été faits sur toutes ces parties. Mais a-t-on indiqué d'une manière bien rigoureuse les altérations produites par la matière purulente

lorsqu'elle est en contact avec certains organes? Nous ne le pensons pas. On l'a bien dit d'une manière générale; mais ces règles générales ne laissent pas que de subir de nombreuses exceptions qui deviennent importantes, tant sous le rapport physiologique que sous celui de la thérapeutique.

Lorsque le pus se développe dans le voisinage des os et qu'il se trouve en contact avec eux, il peut y rester un certain temps sans y produire aucune altération nuisible, surtout si l'os est sain et s'il est recouvert de son périoste. Ce périoste sert en quelque sorte de barrière à la matière purulente, et peut souvent, pendant un temps considérable, protéger le tissu osseux qu'il recouvre.

Toutes les fois que ce dernier est attaqué, a-t-on dit, c'est lui qui l'est primitivement; les fusées purulentes ne sont plus alors que consécutives et dues à l'altération de l'os ou de la membrane qui l'enveloppe.

C'est cette proposition beaucoup trop générale qui nous semble ne devoir pas être admise d'une manière absolue. Si l'altération d'un os ou de son périoste produit des abcès consécutifs, le pus peut aussi, par sa présence et quelquefois dans un espace de temps assez court, attaquer le tissu osseux, l'ulcérer ou le sphacéler en quelque sorte, et le faire disparaître, comme il détruit du tissu cellulaire, des muscles, ou d'autres parties molles qui se trouvent dans son voisinage.

Tous les auteurs anciens, et les modernes après eux, ont répété la doctrine que nous avons rapportée, et parmi ces derniers nous citerons Boyer qui dit: *Si, à l'ouverture d'un abcès situé sur un os, on trouve celui-ci carié ou nécrosé, c'est qu'alors la substance osseuse a été primitivement affectée, et que l'abcès, dans ce cas, a été l'effet et non la cause de l'altération de l'os* (1). Dans un autre endroit il ajoute (2): *Il ne*

(1) *Traité des Maladies chirurgicales*, tom. Ier, p. 60.
(2) *Loco citato*, t. III, p. 397.

faut pas croire que la formation d'un phlegmon puisse compromettre l'existence d'un os voisin, tant que le périoste n'est pas directement affecté : ainsi ce que nous disons de l'inflammation et de la suppuration du périoste par rapport aux lames superficielles des os, ne doit s'entendre que des cas où cette membrane est le siège primitif de l'inflammation.

A l'autorité de Boyer, qui, comme on vient de le voir, ne mettait pas d'exception à la règle qu'il posait, nous joindrons l'opinion de MM. Roux et Bérard, qui sont aussi exclusifs que Boyer; lorsqu'il disent, après avoir parlé de la nécessité d'ouvrir les abcès de bonne heure : *Ce n'est pas que le pus ait par lui-même des qualités destructives et corrosives, et qu'il puisse produire l'érosion d'un os avec lequel il serait longtemps en contact* (1). Ces auteurs modifient cependant un peu leur manière de voir, lorsqu'ils ajoutent : *Les progrès de la suppuration dans le voisinage des os peut entraîner leur dénudation, quoique le périoste n'ait été le siège primitif ni de l'inflammation ni de la suppuration.*

Nous irons plus loin, et nous dirons : que non-seulement la suppuration dans le voisinage des os peut les dénuder, mais qu'elle peut opérer leur destruction complète sans que ces os aient été primitivement affectés.

Pour reconnaître la vérité de cette proposition, il faut prendre le pus se développant sous la peau et cheminant de la superficie aux parties les plus profondes, comme dans l'observation que je rapporterai plus bas. Si au lieu de faits semblables on se contentait d'examiner un abcès profondément placé, on ne pourrait déterminer, d'une manière rigoureuse, si l'os a été primitivement affecté, ou si ce sont les parties de son voisinage.

Obs. Ire — *Abcès de l'aisselle; foyer consécutif sous le grand pectoral; destruction des côtes et de leurs cartilages.* — Le 25 août 1836, entra à l'hôpital de la Clinique et fut couchée au N° 9, une

---

(1) *Dictionnaire de Médecine, en 25 vol.*, t. Ier, p. 46, art. *Alcès.*

femme, domestique, âgée de 42 ans, pour y être traitée d'un abcès qu'elle portait dans le creux de l'aisselle du côté droit. Elle ne put attribuer à aucune cause le développement de la tumeur. Cette femme, du reste, a toujours joui d'une santé parfaite. Peu de temps après son arrivée, M. Lenoir, qui remplaçait alors M. Cloquet, reconnaissant de la fluctuation, fit une incision par laquelle s'écoula du pus crémeux, bien lié, de bonne nature, et n'indiquant rien autre chose qu'un abcès phlegmoneux. La suppuration devint abondante; il se forma plusieurs clapiers; la malade maigrit, et au lieu de la cicatrisation du fond du foyer, il survint, comme la chose arrive assez fréquemment chez les sujets amaigris, un trajet fistuleux qui remontait assez haut dans le creux axillaire.

Vers le milieu de décembre, la malade ne reprenant pas son embonpoint ordinaire, ressentit quelques douleurs assez vives sous le grand pectoral droit, sans tuméfaction ni aucun changement de couleur à la peau. Un vésicatoire appliqué au-dessous de la clavicule correspondante, calma les douleurs. Le 10 janvier, elle se plaignit de douleurs assez vives dans le côté gauche; douleur et gêne de la respiration; peu de toux, pas de crachats; il y a un peu de matité, et à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche on entend un peu de râle crépitant. Respiration normale du côté droit. On prescrit des boissons adoucissantes, des juleps gommeux et la diète lactée. L'état de faiblesse et de maigreur de cette femme ne permirent pas d'avoir recours aux émissions sanguines. La dyspnée et les douleurs furent en augmentant, et le quatrième jour, qui était le 14 janvier 1837, la malade succomba. Elle n'a jamais présenté aucun symptôme du côté des voies digestives.

Autopsie. — Ni l'encéphale et ses dépendances, ni les viscères contenus dans l'abdomen, n'offrent d'altération qui mérite d'être notée.

Les trois-quarts inférieurs du lobe supérieur du poumon gauche sont à l'état d'hépatisation grise et infiltrés de matière purulente. Tout le lobe inférieur est engoué et gorgé de sang. Aucun épanchement de sérosité dans la cavité thoracique. Le poumon droit est parfaitement sain et crépitant, et la face antérieure adhère d'une manière très-solide à la plèvre costale, au niveau de l'extrémité antérieure des cinq premières côtes. Dans tout le reste de son étendue il n'existe aucune adhérence. La plèvre pulmonaire est épaissie comme la plèvre costale, et le parenchyme pulmonaire,

immédiatement au-dessous, est aussi sain et aussi crépitant qu'ailleurs.

Le bras droit est comme ankylosé dans son articulation scapulo-humérale, et ne permet que de très-légers mouvemens qui entraînent le scapulum avec eux. Dans le creux de l'aisselle il existe deux trajets fistuleux qui conduisent dans des clapiers existant l'un entre le grand et le petit pectoral, l'autre qui ne s'étend que jusqu'au bord supérieur de ce dernier. L'antérieur monte jusqu'au bord inférieur de la clavicule, et il forme dans l'espace coraco-claviculaire un clapier assez étendu. Il n'existe dans tout ce trajet que de la sérosité transparente.

Les muscles pectoraux sont tellement atrophiés, qu'ils ne présentent, pour ainsi dire, plus que deux lames fibreuses. Tout le tissu cellulaire environnant est excessivement épaissi, et il forme une véritable enveloppe protectrice au faisceau nerveux et vasculaire qui traverse l'aisselle, et qui, par cette circonstance, se trouve tout-à-fait en dehors de la sérosité purulente.

Sous la partie antérieure du grand pectoral, depuis la clavicule jusqu'au bord supérieur de la cinquième côte, et depuis le sternum jusqu'à l'insertion antérieure du petit pectoral, existe un vaste foyer rempli d'un pus crémeux, blanc, phlegmoneux, au milieu duquel il n'existe aucune strie, aucune granulation osseuse. Ce vaste foyer est tout-à-fait isolé, au moins maintenant, du clapier axillaire, par l'adhérence du grand pectoral sur la face externe du petit, et de ce dernier sur la face externe des côtes.

Le pus a produit les désordres suivants : une partie du bord inférieur et antérieur de la clavicule a été dénudée de son périoste, et l'os lui-même est détruit dans une partie assez profonde : il existe une véritable ulcération sur cette partie de l'os, ulcération profonde, à bords taillés à pic, comme si une partie de l'os avait été enlevée par un emporte-pièce. La face externe de la première côte, près de l'union de la portion cartilagineuse, offre la même altération. Les deux muscles intercostaux interne et externe sont détruits dans une étendue de huit lignes au niveau du bord inférieur de la première côte, et de un pouce six lignes vers le bord supérieur de la deuxième, et de deux pouces deux lignes vers son bord inférieur ; à la troisième et au bord supérieur de la quatrième, de deux pouces ; entre cette dernière et la cinquième, de un pouce.

Dans toute cette étendue, la face externe de la plèvre est mise à nu, et n'offre aucune perforation ; elle est décollée de la face interne de la deuxième et troisième côtes, derrière lesquelles le

pus peut facilement glisser. Elle adhère seulement au niveau du bord inférieur de la quatrième. Elle est blanche, opaque, excessivement épaissie. C'est au niveau de ce décollement et de cette plus grande épaisseur de la plèvre, qu'existait cette adhérence intime du poumon que j'ai déjà signalée.

La deuxième côte offre la même altération que la clavicule, et surtout à ses bords, dans une étendue de deux pouces. Ces ulcérations et le manque de périoste s'arrêtent au niveau de l'articulation chondro-costale.

Cinq lignes de l'extrémité externe du cartilage de la troisième côte, l'articulation, deux lignes de la partie antérieure de cette côte, sont tellement amincis par l'ulcération, qu'ils sont presque réduits au volume d'une plume à écrire. A partir de ce point et dans une étendue de sept lignes, la côte a disparu, et il y a une solution complète de continuité. Enfin le bout antérieur de cette même côte est encore, dans une étendue de six lignes, ulcéré et dénudé.

La quatrième côte offre la même altération que la deuxième. La cinquième est exempte de toute lésion. Le sternum n'a pas été atteint. Un bourrelet de tissu cellulaire épaissi limite la circonférence de ce clapier.

Cette belle pièce d'anatomie pathologique a été conservée. déposée au musée Dupuytren, par M. le professeur Jules Cloquet, qui en a fait le sujet de l'une de ses leçons de clinique.

Cette observation est riche en conséquences physiologiques et pratiques que nous indiquerons plus tard. Nous verrons le même liquide, la même matière purulente détruire des os et des aponévroses, respecter une membrane séreuse, condenser un tissu cellulaire, lui donner, en quelque sorte, une organisation plus solide pour protéger des organes importans à la vie : nous y verrons enfin l'adhérence des parties voisines s'opposer à l'issue et à l'épanchement des matières purulentes dans une des grandes cavités splanchniques.

Mais avant d'entrer dans ces détails, examinons d'abord les effets du pus sur le tissu osseux, et voyons comment, dans ce cas bien tranché, il a produit des désordres si nombreux.

Le début de la maladie a été un abcès phlegmoneux de l'aisselle ; aucune altération osseuse n'en avait été primitive-

ment la cause, car l'humérus, le scapulum, les deux tiers externes de la clavicule étaient parfaitement sains.

L'affection était-elle due à une altération primitive des côtes? Nous ne craignons pas de résoudre cette question par la négative, et voilà pourquoi, dans le creux de l'aisselle, existait une tumeur bien circonscrite, mobile, ne s'étendant pas sous le pectoral. Aucune douleur, aucun engorgement n'apparaissait sur la poitrine : et si, dans le principe, la suppuration s'était établie au niveau des côtes affectées, avant de parvenir dans le creux axillaire, elle aurait produit des désordres et se serait manifestée par des symptômes beaucoup plus graves que ceux qui apparurent d'abord. La femme se livrant à ses occupations habituelles, peu gênée dans ses mouvements, ne gardant pas le lit, le pus n'aurait-il pas gagné le point le plus déclive ; et supposé qu'il n'eût pu traverser le grand pectoral pour se porter au-dehors, n'aurait-il pas fusé sous ce muscle pour devenir sous-cutané, au lieu de remonter en quelque sorte pour se porter dans le creux axillaire?

D'ailleurs, si le pus eût ainsi cheminé, il n'aurait pu le faire sans produire de grands décollements, et à l'ouverture de l'abcès on aurait dû trouver ces trajets conduisant au siége primitif du mal. Rien de semblable ne s'est offert. Dès qu'on sent une fluctuation bien marquée, on incise la tumeur, et il ne s'écoule qu'une petite quantité d'un pus bien lié, bien phlegmoneux. On ne sent dans le fond de la plaie aucune dénudation, aucun trajet fistuleux qui puisse indiquer que ce foyer s'est développé d'une toute autre manière que consécutivement à l'abcès primitif.

Ce n'est que quelque temps avant la mort qu'ont commencé à paraître les lésions que nous avons signalées. Les douleurs que la malade ressentit dans ce lieu vers le milieu de décembre, et qui furent calmées par le vésicatoire que M. Cloquet fit appliquer à cette époque, annonçaient la rétention du pus et la désorganisation qu'on y a observée. Je dois dire qu'il n'y avait alors ni qu'il s'est présenté dans la

suite aucun gonflement, et que, lorsque le vésicatoire fut prescrit on n'y percevait aucune apparence de fluctuation.

Il est une objection qu'on ne manquera pas de faire. Nous savons très-bien que pour expliquer le désordre observé sur les côtes, il ne serait pas nécessaire de faire remonter leur altération au début de la maladie : elle pourrait dater de l'apparition de la douleur un mois avant la mort, et à cette époque, cette altération aurait pu consécutivement donner lieu à la production de la matière purulente.

Si cette femme avait été dans des conditions ordinaires, si cet abcès eût été unique et entouré de parties saines, si aucun symptôme particulier n'avait présidé à son développement, si l'altération des os ne donnait à elle seule la preuve du contraire, assurément cet abcès rentrerait dans la classe des abcès profonds des membres ou des autres régions, et on ne pourrait affirmer de prime-abord si c'est l'os qui le premier a été malade, ou si ce sont les parties qui l'entourent. Mais ici se rencontrent des conditions bien différentes.

Le premier foyer n'était séparé que de quelques lignes du second, et il y avait interposé entre eux du tissu cellulaire assez condensé. Dans les différentes positions que prenait la malade obligée de garder le lit, n'est-il pas plus que probable que le pus, fusant sous le grand pectoral, y aura séjourné et déterminé une inflammation phlegmoneuse ? Dans ces trajets fistuleux étroits, il ne faut que quelques flocons de pus condensé pour intercepter toute communication audehors ; et la matière puriforme se trouvant retenue accidentellement et devenant de plus en plus abondante, peut déterminer alors de graves accidents.

Comment supposer, dans ce cas, l'altération primitive des os ? Comment admettre que la clavicule, les cinq premières côtes, une partie de leurs cartilages, se soient cariés, ulcérés à des degrés différents, dans l'espace d'un mois, sans qu'aucune cause appréciable ait pu produire cet état pathologique ? Et si la troisième côte, qui était détruite dans

une partie de son étendue et la plus altérée, avait été la seule au début, il faudrait donc que la matière purulente à laquelle elle aurait donné lieu, eût pu, par conséquent, déterminer sur les côtes voisines la même altération : ce serait alors revenir sur les opinions reçues, et admettre ce que nous avons avancé.

Il est inutile d'insister plus longuement, et il nous paraît évident que le voisinage de l'abcès du creux de l'aisselle a déterminé la formation du pus sous le grand pectoral, et que c'est la seule présence de ce pus qui a détruit les tissus voisins.

Il s'agirait maintenant de déterminer quelles sont les qualités de la matière purulente, s'il y a une différence bien grande dans les effets nuisibles qu'elle peut produire, selon qu'elle éprouve ou non le contact de l'air atmosphérique, si sa composition chimique est la même dans les circonstances si variées où elle se rencontre, etc. Ce sont des détails dans lesquels nous n'entreprendrons pas d'entrer, parce qu'ils ne peuvent être déduits que de l'observation, et que jusqu'à présent l'observation ne nous les a pas donnés.

Toutes les fois que le pus s'est trouvé en contact avec le tissu osseux ou cartilagineux, il a été loin de produire des effets semblables à celui que nous avons observé ; et bien que M. Jules Cloquet en ait vu d'assez nombreux exemples, on ne peut cependant les regarder que comme des cas rares et dus probablement à la nature ou à la composition particulière du pus.

Ne rencontre-t-on cette altération que lorsque le pus a été décomposé, lorsqu'un vice général syphilitique ou autre a corrompu la masse des humeurs? nous pensons qu'il n'y a pas nécessité de rencontrer des circonstances semblables, car cette altération peut exister tout aussi bien à la suite d'un abcès phlegmoneux simple, comme chez le malade dont nous avons rapporté l'histoire, qu'à la suite de dépôts qui reconnaîtraient une cause spécifique, bien que cette cause spécifique dût cependant les favoriser. Ici on ne peut pas, pour expliquer la viciation

du pus, invoquer si souvent, et souvent à tort, l'introduction de l'air, car le foyer était tout-à-fait isolé et ne communiquait pas au dehors. Nous disons souvent à tort, car dans une infinité de circonstances on a beaucoup exagéré ce contact, non-seulement pour le pus, mais pour un grand nombre d'autres maladies dont on voulait expliquer les causes qu'on ne pouvait connaître. Ainsi dans les plaies pénétrantes de poitrine, s'il survenait des accidents par suite de mauvais pansements ou de soins mal-entendus, le contact de l'air avec la membrane séreuse était là pour servir d'égide contre toute ineptie. Une aiguille, la lame d'un canif traversaient-ils un feuillet du péritoine, on s'opposait par les précautions les plus minutieuses à l'introduction de l'air, et on négligeait les moyens qui auraient pu prévenir une irritation trop vive et les accidents qui souvent en sont la conséquence.

Dans les larges plaies des poumons, dans les hernies de cet organe, dans l'empyème, où souvent les malades se rétablissent avec une rapidité surprenante, ce contact exerce-t-il ses ravages? craint-on, dans l'opération de la hernie, ce contact de l'air? ne met-on pas journellement chez les animaux ces membranes à découvert sans qu'il en résulte aucun accident; les amputations dans les articulations sont-elles beaucoup plus graves que dans la continuité des membres? telles sont une foule de questions sur lesquelles il faudrait être bien arrêté. On a dans ces circonstances comme dans bien d'autres exagéré beaucoup un danger qui est loin d'être réel et qu'on a fait naître, parce qu'il fallait ne pas avouer son ignorance. On a vu après l'ouverture des abcès l'inflammation survenir ; on a observé quelquefois une viciation purulente, et on a voulu gratuitement, dans plus d'un cas, l'attribuer à cette cause. Si nous cherchons les motifs qui ont pu faire adopter cette manière de voir, nous serons fort embarrassé pour les connaître et les apprécier.

Quesnay, dans son *Traité de la suppuration*, invoque cette influence dans bien des passages ; et tantôt ce mode d'action de l'air est expliqué d'une manière, tantôt d'une façon op-

posée ; le plus souvent il ne l'est pas du tout. En parlant de l'inflammation de la peau cet auteur dit : *Les matières excrémenteuses qui y séjournent et qui sont exposées à l'impression de l'air se dépravent et acquièrent une acrimonie dévorante* (1), attribuant, sans dire pourquoi, au contact de l'air, ce qui peut dépendre d'une foule de circonstances opposées. *Tant que l'abcès,* dit-il ailleurs, *n'a pas encore d'issue extérieure, la dépravation des sucs purulents ne fait pas un progrès si rapide que lorsqu'il est ouvert et que l'air peut pénétrer dans sa cavité, etc.* (2)

Est-ce que l'incision des parties molles qui protègent le foyer, est-ce que la pression qu'on exerce pour faciliter l'écoulement du pus, ou le contact des parois du foyer, comme l'a indiqué M. Cloquet, ne sont pas un moyen suffisant pour produire une irritation assez vive pour augmenter la violence de la suppuration, ou hâter la cicatrisation d'une plaie qui suppure, sans qu'on soit obligé, sans aucune preuve de vérité, d'attribuer ces phénomènes au contact de l'air.

Si nous suivons l'auteur un peu plus loin, nous allons le voir exiger des conditions particulières pour se rendre compte de cette influence. *L'air corrompt,* dit-il, *les matières purulentes ou dessèche et incruste les chairs des plaies qui sont pendant quelque-temps exposées à son action. Le premier de ces effets n'est à craindre que lorsque le pus s'accumule et croupit dans les plaies* (3). Ainsi l'air n'exerce ses ravages que lorsque le pus s'accumule et croupit : comme si un phlegmon était une affection sans douleur et sans danger, comme s'il n'y avait rien dans les abcès avant leur ouverture, lorsqu'on voit, au moment où on la pratique s'échapper quelquefois, et en assez grande abondance, des bulles d'air ou d'un autre gaz.

Mais le pus étant enlevé, ajoute notre auteur, *l'air ne de-*

---

(1) Quesnay, *Traité de la suppuration*, p. 41.
(2) *Idem*, même ouvrage, p. 194.
(3) *Idem*, ouvrage cité, p. 311.

vient plus nuisible ; il ne peut point former de croûte ; il pourrait tout ou plus dessécher les chairs (1). Convenons que c'est parce qu'il l'avait entendu dire avant lui, que Quesnay a vu des effets si terribles dans une cause qui doit en produire de si peu nombreux ?

J. L. Petit, de même que Quesnay, se contente d'exposer le fait, sans donner aucune des raisons qui lui ont fait adopter cette opinion. Comme complication des plaies, il indique l'influence de l'air, *soit qu'il agisse*, dit-il, *extérieurement et qu'il congèle le pus, dessèche les extrémités des conduits qui le fournissent, ou lui donne de mauvaises qualités* (2).

Si nous consultons Boyer, nous y trouvons les mêmes assertions, et dans la même page nous le verrons se contredire de la manière la plus formelle. Il avance qu'*il est d'observation que le dépérissement du malade et tous les accidents qui suivent l'ouverture du dépôt dépendent de l'impression de l'air atmosphérique*. Il attribue à cet effet nuisible de l'air le conseil que lui-même et tous les praticiens ont donné d'ouvrir les abcès par congestion, le plus tard possible.

Quelques lignes plus bas, il dit que maintenant il les ouvre dès que la fluctuation y est sensible, et voici les raisons qu'il donne de ce changement de conduite. *Dans ces sortes d'abcès*, en parlant des abcès par congestion, *le danger vient de l'étendue de la carie et de la grandeur du foyer purulent : au début la carie est peu considérable, ou bien le foyer peu étendu ne contient qu'une quantité médiocre de pus* (3). Ainsi, c'est pour prévenir la carie ou l'extension du foyer qu'il ouvre l'abcès, et nullement pour s'opposer au contact de l'air dont il ne dit plus un seul mot, et surtout dont il ne redoute plus l'influence.

Ce n'est pas que, dans certaines circonstances, ce contact de l'atmosphère avec une plaie qui suppure ne puisse jamais

(1) *Idem, id.*, p. 311.
(2) J. L. Petit, *OEuvres posthumes*, tome Ier, p. 8.
(3) Boyer, *Maladies chirurg.*, tome Ier, p. 93.

donner lieu à des accidents qu'il faille éviter ; mais alors ce sont des cas exceptionnels qu'il faut signaler et connaître, et qui ont été indiqués avec précision par nos devanciers, et en particulier par ceux que nous avons déjà cités. Ainsi Quesnay remarque très-bien que l'air, outre les autres effets qu'il lui a attribués, peut en produire de nouveaux par son intempérie, son infection, ou d'autres qualités malfaisantes qui lui sont étrangères ou accidentelles (1).

J. L. Petit fait observer que l'air peut agir intérieurement selon qu'il est trop chaud ou trop froid, corrompu par la peste, le remuement des terres, etc. (2)

Les constitutions épidémiques, les typhus, l'encombrement dans les hôpitaux, produisent souvent la pourriture. Souvent, sans aucune cause connue, pendant certaines saisons de l'année, on ne peut pour ainsi dire pas pratiquer d'opérations, même les plus légères, sans les voir s'accompagner d'érysipèle, de phlébites, et d'autres accidents qu'on attribuait à la viciation du pus.

Est-ce un air pur, sans aucune viciation chimique, qui peut déterminer de semblables phénomènes ; et s'il les produit pendant un mois, par exemple, pourquoi ne les produit-il pas toujours ?

Assurément il y a des circonstances particulières qui influencent non-seulement une plaie, mais même tout l'organisme. Il y a des constitutions qui se trouvent sous la dépendance d'une cause toute spécifique, qui souvent agit seule, ou qui d'autres fois n'exige que l'occasion la plus légère pour se manifester. Il se trouve encore là de ces exceptions que nous avons indiquées plus haut, et qui produisent des altérations qu'il ne faut pas confondre avec celles qui apparaissent dans des conditions tout-à-fait opposées. Personne ne contestera la différence qui existe entre la composition chimique du pus d'un bubon syphilitique et celui d'un abcès phlegmoneux simple.

(1) Ouvrage cité, p. 313.
(2) J. L. Petit, p. 8.

Celui-ci, sans produire le plus souvent de désordres nombreux dans les parties voisines, se dissipera par un pansement méthodique et simple; celui-là détruira tous les tissus voisins, exercera ses ravages sur les parties molles comme sur celles qui sont plus solides; et de même qu'une infection générale l'aura déterminé, de même il faudra modifier toute l'économie pour arrêter les progrès d'un mal qui paraissait tout local au début.

Ainsi pour nous, à moins de circonstances particulières atmosphériques ou autres, le contact de l'air et de la matière purulente est loin d'offrir la gravité qu'on lui a attribuée. Sans avoir recours à une cause aussi légère, on pourra, dans la plupart des cas, se rendre compte des accidents qui viendront compliquer les plaies, surtout si l'on étudie avec soin l'irritation des parties, les désordres consécutifs à la maladie, le mauvais régime, les pansements mal faits ou mal entendus, les mouvements ou les positions vicieuses des membres, enfin les qualités du pus qui ne doivent pas être les mêmes dans toutes les conditions et chez tous les individus.

Dans un abcès profond semblable à celui dont nous avons rapporté l'histoire, avant son ouverture, avant l'introduction de l'air, le pus a des qualités assez malfaisantes pour désorganiser même les tissus les plus résistants. Dans d'autres cas, au contraire, produit par l'altération même des os, croupissant dans de vastes foyers, et communiquant largement au dehors, le pus a des qualités beaucoup moins nuisibles, et exerce beaucoup moins au loin son action désorganisatrice, à moins toutefois que l'abondance de la suppuration et l'irritation consécutive qu'elle détermine ne réagisse sur l'organisme tout entier.

Une foule de faits viennent à l'appui de ces remarques, et parmi ceux que nous avons été à même d'observer, nous citerons le suivant qui, quand bien même il ne se rapporterait pas à notre sujet, serait assez intéressant par lui-mêms pour être connu.

OBS. IIe—*Nécrose de la partie inférieure et postérieure du fémur ; épanchement purulent autour de l'articulation du genou ; amputation de la cuisse.*—Le 15 janvier 1837, est entré à l'hôpital de la Clinique et couchée au n° 8, une jeune fille de 15 ans, brune, bien conformée, n'étant pas encore réglée, et ayant toujours habité un village nommé Ussy, situé à quatre lieues de Paris. A part un peu d'engorgement sans suppuration de quelques ganglions sous-maxillaires, elle n'avait jamais été malade. Elle fait remonter à deux ans le début de l'affection qu'elle porte, et à cette époque sans aucune cause connue, elle a commencé à souffrir à la partie supérieure du creux poplité du côté gauche. Les douleurs n'étaient pas continuelles; elle boitait assez souvent; il n'y avait alors aucune tuméfaction extérieure.

Au commencement de décembre dernier, après avoir fait une longue marche, elle fut prise de douleurs très-vives dans le genou, qui, à dater de ce moment, devint plus tuméfié. Elle se plaignait surtout de les ressentir au niveau de la partie postérieure et inférieure du fémur. Quelques jours après, les douleurs étant aussi vives, on lui fit appliquer quinze sangsues qui ne procurèrent aucune amélioration. Le mal fit des progrès assez rapides; les mouvemens de la jambe sur la cuisse furent gênés d'abord et bientôt impossibles. Les parties latérales de l'articulation du genou, surtout le côté interne, devinrent rouges et tendus. On pratiqua une assez large incision au-dessus du condyle interne du fémur, qui ne donna issue, à ce que prétend la malade, qu'à de la sérosité sanguinolente. Bientôt une suppuration abondante s'y établit, et c'est le vingtième jour après cette incision qu'elle a été conduite à l'hôpital, où elle a présenté les symptômes suivans :

Le genou malade est tendu, volumineux : toutes les saillies et tous les enfoncements qui existaient à l'état normal sont complètement effacés ; la jambe est à demi-fléchie sur la cuisse, et celle-ci repose sur son côté externe. Dans le lieu que nous avons indiqué, existe une large plaie par laquelle s'écoule une grande quantité d'un pus blanc, crémeux, non grumeleux, et de bonne nature. Dans toute la région poplitée et jusqu'à la partie moyenne du fémur, est un vaste clapier dans lequel séjourne le pus qui ne s'écoule que par la pression. Un stylet introduit dans la plaie pénètre profondément. On reconnaît l'extrémité inférieure et postérieure du corps du fémur dénudée et nécrosée. Le séquestre n'offre aucune mobilité. Du côté de l'articulation, le stylet pénètre dans la substance spongieuse de l'os qui suppure et se trouve carié.

On ne peut s'assurer si le stylet atteint les surfaces articulaires. La partie inférieure du membre est tuméfiée et œdématiée. Toutes ces parties sont excessivement douloureuses, et le moindre mouvement arrache des cris à la malade.

Il existe un état de maigreur considérable, la face est grippée et tiraillée dans tous les sens, et annonce l'expression de la douleur. La malade assure avoir maigri beaucoup, surtout depuis l'incision qu'on lui a pratiquée. Du reste, son état général est assez bon; la langue est humide: le ventre indolent; pas de diarrhée; les digestions sont bonnes. Depuis quelque temps elle a des frissons irréguliers qui n'ont aucun retour périodique. Le pouls est fréquent et petit; 120 pulsations à la minute. La peau est chaude et terreuse. La boule d'un thermomètre à mercure étant maintenue près d'une demi-heure dans la bouche de la malade, le métal est monté à 31° Réaumur. La malade assure n'avoir jamais toussé, jamais craché de sang. La percussion donne un son clair dans toute l'étendue de la cavité thoracique. L'auscultation pratiquée avec le soin le plus minutieux ne fait découvrir aucun bruit anormal.

M. Cloquet ne voulant pas faire l'amputation sans s'assurer qu'elle fût d'une indispensable nécessité, pratique sur le côté externe et inférieur de la cuisse, une contre-ouverture pour faciliter l'écoulement du pus et extraire le séquestre, s'il devenait mobile.

Dix jours furent employés à calmer les douleurs, à évacuer le pus, à s'assurer de l'état des parties malades, et au bout de ce temps n'ayant obtenu aucun amendement, la tuméfaction du genou, la maigreur du sujet étant augmentées, le professeur s'est décidé à pratiquer l'amputation le 25 janvier. Elle n'a rien offert de particulier, si ce n'est qu'on a été obligé d'amputer très-haut pour éviter les clapiers et l'affection du fémur. Quelques accidents nerveux se manifestèrent dans la soirée; ils cédèrent à une potion calmante et éthérée.

A dater de ce moment, la malade n'a plus souffert; son moral est devenu plus calme et meilleur, et jusqu'au 14 février tout a été parfaitement bien.

J'ai noté plus haut le degré de température qu'avait présenté, la malade avant l'opération. Le 7e jour après, la malade n'ayant plus de fièvre, le thermomètre appliqué de la même manière a marqué 28° 1/4 Réaumur.

Depuis le 3 février elle mangeait le quart d'aliments, et ce jour-là,

cédant à ses instances, on lui accorde la demi-portion d'aliments. Le 16, le pus change de nature; il devient épais, comme plastique, et forme une couche blanchâtre sur la plaie qui est blafarde. Le moignon est rouge et douloureux; il y a de la fièvre, pas de frisson; rien du côté des voies digestives. On remet la malade au quart d'aliments.

Le 18, les mêmes accidents continuent; il y a du frisson : on remarque à travers la peau des lignes rouges qui sillonnent le moignon, et qui vont se rendre au pli de l'aine où il y a des ganglions engorgés et douloureux. (On donne trois potages, et on panse la plaie avec du jus de citron).

Ces symptômes persistent pendant trois jours, et au bout de ce temps tout revient peu-à-peu dans son état naturel : les frissons ne se renouvellent plus; la chaleur de la peau et le mouvement fébrile disparaissent; la plaie reprend un bon aspect et marche vers la cicatrisation. Tous les fils sont tombés, et aujourd'hui 6 mars la cicatrisation est complète. La malade se trouve dans les meilleures conditions possibles; toutes les fonctions se font bien, et elle a repris beaucoup d'embonpoint depuis qu'elle a été opérée.

Nous devons maintenant indiquer l'état de l'articulation et des parties voisines. Le vaste foyer de la partie postérieure du fémur avait déjeté en arrière les vaisseaux et les nerfs poplités, et remontait presque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, où une espèce de kyste lui servait d'enveloppe. L'articulation fémoro-tibiale n'était pas envahie toute entière par la matière purulente. Les condyles du fémur appuyaient sur ceux du tibia : dans toute cette partie la synoviale était rouge et enflammée; des fausses membranes avaient été sécrétées sur différens points; quelques-unes étaient appliquées sur des surfaces cartilagineuses, soit qu'elles s'y fussent accolées, soit que la synoviale les y eût sécrétées dans ce point comme ailleurs, c'est ce que je veux pas discuter ici : je note seulement le fait. Ces adhérences avaient empêché le pus de pénétrer dans toute l'étendue de l'articulation.

Le corps nécrosé du fémur était complètement séparé du condyle qui n'était pas encore soudé. La lame cartilagineuse qui existait entre ces parties semblait avoir servi de limite à la nécrose de l'os, en arrêtant ses progrès. Le corps du fémur avait basculé en arrière au-dessus des condyles qui avaient conservé leur position naturelle, maintenus qu'ils étaient par les ligaments croisés demeurés intacts.

Il y avait trois séquestres séparés. Le plus petit, formé par

du tissu spongieux de l'extrémité inférieure du corps du fémur, du volume d'une grosse noisette, après avoir percé la membrane synoviale, s'était introduit dans l'articulation, et était venu appuyer sur la partie externe de la face interne de la rotule. Là, par son contact et la pression qu'il avait exercée sur ce dernier os, il en avait déterminé le ramollissement, l'ulcération, et s'y était creusé une cavité dans laquelle il se trouvait logé et en quelque sorte articulé. Aucun détritus osseux n'indiquait que l'excavation de la rotule pût être attribuée à une nécrose et à une exfoliation insensible.

Le second séquestre, plus volumineux que le précédent, placé en dehors de l'articulation, offre ceci de particulier, qu'il est formé à moitié par du tissu spongieux du corps du fémur, et à moitié par une portion nécrosée de l'os de nouvelle formation qui s'était développé dans le périoste.

Le troisième et principal séquestre occupait la partie postérieure du corps du fémur, et avait six pouces de longueur. A sa partie inférieure, dans l'étendue de deux pouces, il comprenait toute l'épaisseur des parois du canal médullaire. Dans cet endroit, la surface extérieure de l'os était facile à reconnaître. C'était dans ce point qu'avait manifestement commencé la maladie ; le périoste en avait été détruit, et aussi il n'existait aucune trace de développement d'un os de nouvelle formation.

Cette portion du séquestre présente une petite ouverture sinueuse, percée de part en part, et par laquelle le pus, placé d'abord sous les loges extérieures, a pénétré dans le canal médullaire, s'y est épanché en suivant la paroi postérieure du canal, et en déterminant à fur et à mesure la nécrose de la table interne dans cette paroi ; aussi la paroi supérieure du séquestre (quatre pouces), ne porte que sur les lames internes de l'os, et par conséquent ne comprend qu'une portion de son épaisseur. Il en résulte aussi que l'os de nouvelle formation ne s'est développé dans le périoste que sur la partie postérieure du corps du fémur correspondante au séquestre, et que cet os est formé en partie par les lames externes du canal médullaire et par le périoste ossifié.

La partie antérieure du corps du fémur est parfaitement saine, et son périoste est dans l'état normal. Toute la partie postérieure est couverte d'une prodigieuse quantité de tubercules osseux de différentes grosseurs qui se développent dans le périoste, s'élargissent, se rencontrent, s'unissent pour former l'os de nouvelle formation dont la surface est extrêmement raboteuse.

La section du corps du fémur apprit que l'amputation avait été pratiquée trois pouces au-dessus du séquestre, dans une partie parfaitement saine de l'os.

Dans ce cas, comme dans le précédent, nous trouvons un os altéré dans sa totalité; mais cette portion altérée est rugueuse, éraillée, offre de loin en loin des points frappés de mort qui n'ont aucune analogie avec les *ulcérations* véritables, si je puis ainsi dire, que nous avons rencontrées chez notre première malade. Chez l'une, cette destruction est prompte, produite par du pus développé dans son voisinage; chez l'autre, l'origine du mal date de deux ans, et si du pus s'écoule de la plaie qui a été faite, c'est que ce pus était le résultat de l'affection primitive de l'os. Si le pus s'est porté promptement au-dehors, c'est qu'une cause accidentelle, une marche forcée, irritant des parties profondément altérées, aura hâté cette terminaison qui n'aurait pas manqué de se développer par la suite.

Le pus se trouvait ici dans la condition la plus favorable que semblait exiger Quesnay pour déterminer la viciation purulente; il croupissait dans un vaste foyer, et une ouverture continuellement béante y donnait un libre accès à l'air extérieur. Devait-il alors produire de plus grands désordres? devait-il faire apparaître le cortége si redoutable de la résorption purulente? Assurément il pouvait le faire : mais pourquoi n'en a-t-il pas été ainsi? pourquoi ce pus n'a-t-il pas été plus nuisible que du pus phlegmoneux ordinaire? Voilà ce que nous n'expliquerons pas.

Nous remarquerons qu'il y avait dans cette partie des altérations profondes des parties molles, des os de détruits, mais cette destruction avait précédé l'ouverture du foyer, et si elle avait été due à la présence du pus vicié par l'air atmosphérique, cette cause si puissante, si corrosive, n'aurait pas respecté des barrières si faibles.

Ainsi la portion la plus molle, la plus ténue du fémur, la masse épiphysaire avait été protégée par une lamelle cartila-

gineuse d'une ligne à peine d'épaisseur : ainsi quelques fausses membranes adhérentes à la synoviale avaient empêché cette dernière d'être envahie toute entière. Ainsi tandis que la portion d'os nécrosée se détruit peu-à-peu, celle qui est restée saine et qui lui est adhérente se régénère, sans que ce travail soit modifié par un contact aussi dangereux. L'évacuation du foyer facilitait l'issue des parties malades et la formation de celles qui devait les remplacer.

L'air extérieur n'a donc modifié en rien les qualités du pus qui n'aurait pas manqué de détruire la lame qui garantissait la masse épiphysaire s'il avait séjourné plus longtemps ; il ne peut donc être nuisible que dans certaines conditions venant ou des corps extérieurs, ou de l'atmosphère, ou de l'individu.

C'est ainsi que dans cette même observation nous trouvons une plaie résultant d'une amputation de cuisse, marcher vers la cicatrisation sans aucun accident jusqu'au 20e jour, et à cette époque, soit qu'il faille l'attribuer à l'augmentation des alimens accordés à la malade, soit que l'influence extérieure tenant de la constitution épidémique régnante les eût déterminés, des phénomènes assez graves se développèrent sur l'organisme tout entier, et spécialement sur la plaie. A cette époque, et encore aujourd'hui, le pansement était fait tous les jours ; la plaie, pendant un certain temps, se trouvait exposée à l'air, et aucun accident n'était venu la compliquer. Lorsqu'ils ont paru, nous étions au moment où la grippe sévissait avec le plus d'intensité.

Un homme auquel on avait quelque temps auparavant pratiqué l'amputation du petit orteil, présenta les mêmes phénomènes généraux : la plaie et la matière purulente eurent absolument les mêmes caractères. M. Cloquet nous a dit qu'à la même époque il avait remarqué des phénomènes semblables chez plusieurs malades qu'il avait opérés en ville.

Est-ce à l'influence extérieure qu'il faut attribuer ce changement subit dans l'apparence de la plaie ? La chose est probable ; et si nous admettons, dans ce cas, le contact nuisible

de l'air, c'est que pour en rendre compte nous trouvons l'atmosphère dans des conditions toutes spéciales; nous trouvons l'air corrompu, comme le disait J. L. Petit, par une véritable peste, peu dangereuse à la vérité, mais qui ne laisse pas cependant que de manifester ses effets, même sur des parties qui y semblent le moins exposées.

Chez notre première malade, rien de semblable ne peut être invoqué; rien n'annonçait une influence épidémique, et d'ailleurs l'abcès n'était pas ouvert, et toute communication avec l'extérieur était interceptée.

Comment cependant se rendre compte d'effets si différents, produits, en apparence, par une même cause? Le pus a-t-il toujours la même organisation chimique, ou bien cette composition doit-elle varier? Il serait difficile de ne pas admettre cette dernière manière de voir; mais chercher à se rendre compte de ses différences, voilà où il faut s'arrêter. Le creuset du chimiste pourra bien nous indiquer quelques utiles résultats; mais ce qu'il ne nous dira jamais, c'est précisément ce qui différencie la matière purulente dans sa formation. Heureux s'il nous indiquait toujours des substances propres à neutraliser ses effets.

Dans la destruction des côtes signalée dans la première observation, nous avons dit qu'il n'y avait pas de carie; car tout le tissu de l'os avait été dissous, délayé dans la matière purulente, où l'on ne rencontrait aucune granulation osseuse, aucun détritus qui annonçât de si grands désordres. Les cartilages participaient à cette ulcération ou fonte purulente. Il y avait là, et je ne puis trouver une meilleure expression pour rendre ma pensée, une véritable fusion, une fonte du tissu compacte de l'os. Se serait-il passé, par suite des qualités acides, alcalines ou autres, du pus, une véritable décomposition chimique de l'os, comme celle qu'on obtient lorsque, mettant ce tissu macérer dans de l'acide nitrique étendu, on dissout le phosphate calcaire? des expériences directes sur le pus pourraient seules éclairer ce fait.

Si dans ce cas le pus a joui d'une propriété dissolvante, nous le voyons, dans d'autres circonstances, posséder une vertu tout-à-fait opposée. Dans notre deuxième observation, loin d'avoir dissous le phosphate calcaire, il l'a solidifié et a privé ses aréoles de toute la substance gélatineuse : il semble avoir possédé là les propriétés du calorique. On sait qu'un os mis sur des charbons ardents est réduit en une substance poreuse, dure, friable, privée de toute la masse gélatiniforme qui entrait dans son organisation.

Ce dernier état semble avoir été produit chez la jeune fille dont le fémur était nécrosé et réduit aux sels calcaires, tandis que ces mêmes sels calcaires auraient été dissous dans l'abcès qui avait détruit les côtes et leurs cartilages de prolongement ; effets diamétralement opposés et qui devaient avoir une cause différente.

Pour terminer ce qui a rapport au sujet de notre première observation, nous signalerons la disposition bien remarquable de la plèvre costale et de la plèvre pulmonaire. En effet, tandis que nous voyons du tissu cellulaire, des muscles et leurs aponévroses détruits, des os et leurs cartilages subissant la même altération, la plèvre, qui se trouve en contact avec le même élément désorganisateur, devient plus dense et plus épaisse, disposition qui force, en quelque sorte, le pus de se porter en dehors. Le feuillet pulmonaire participe à l'irritation de la première, et ajoute à la force de résistance de celle-ci en s'accolant à elle. D'aprés cette disposition, le pus avait une barrière presque insurmontable pour se porter dans la cavité thoracique ; et quand même il eût perforé la plèvre, il ne se serait pas épanché dans sa cavité ; il n'aurait pu l'enflammer que dans une bien faible étendue. Les adhérences si intimes qui existaient auraient prévenu tout épanchement ; et si la perforation se fût effectuée, le pus, cheminant à travers le poumon, eût été expulsé par les bronches. Mais les dispositions organiques qui s'effectuent rendent très-rares ces terminaisons : elles n'arrivent que très-rarement,

à moins que quelques circonstances accidentelles ne les favorisent. Ainsi, le parenchyme du poumon, si prés d'un vaste foyer inflammatoire, accollé à ses membranes enflammées elles-mêmes, reste sain et intact à côté d'une cause si propre à lui communiquer une inflammation à laquelle participaient tous les organes voisins.

Une disposition inflammatoire se manifeste, sans cause connue, chez cette malade; une pneumonie du troisième degré s'y développe, mais c'est dans le poumon qui correspond au côté sain; c'est dans le lieu où rien ne peut rendre compte de cette altération morbide. Et remarquons comment la nature se serait jouée de nos théories, si l'affection, au lieu de se développer à gauche, se fût montrée du côté droit: certes nous n'aurions pas manqué de l'attribuer au voisinage du foyer, et il n'en eut rien été. A droite, selon nos explications ordinaires, nous avons une cause puissante d'inflammation, elle ne s'y développe pas; à gauche rien ne semble l'annoncer, et c'est là qu'elle sévit avec assez d'intensité pour donner la mort. Dans bien des circonstances, contentons-nous de voir le mieux qu'il nous sera possible; plus tard nous expliquerons.

Nous observerons encore ici au sujet de la jeune malade qui est couchée dans nos salles et qui a subi l'amputation de la cuisse, qu'avant l'opération, lorsqu'elle était sous l'influence d'une abondante suppuration et d'une chaleur élevée de la peau, le thermomètre est monté à 31° Réaumur, chaleur excessivement élevée pour l'économie animale. Revient-elle dans des conditions meilleures après avoir subi l'amputation; la fièvre cesse-t-elle presque complettement, que la chaleur reprend peu à peu son degré ordinaire et semble par son uniformité annoncer le retour d'une santé meilleure. Le septième jour de l'amputation, le thermomètre descend à 28°1/4 Réaumur.

De la connaissance bien appréciée des altérations que peut produire la matière purulente sur les tissus quels qu'ils soient qui se trouvent en contact avec elles, découlent quelques con-

séquences pratiques, le plus souvent, nous l'avouons, mises en usage; mais aussi quelquefois négligées. Toutes les fois qu'on parviendra à découvrir une collection de pus, quel que soit le lieu qu'il occupe, il faut se hâter de lui donner une libre issue, dans la crainte que son séjour prolongé ne détermine des accidents inflammatoires observés si souvent, et surtout de ces désorganisations profondes qu'on a regardées quelquefois comme primitives, lorsqu'elles n'étaient dues qu'à une cause semblable; désorganisations auxquelles il n'est pas toujours donné au chirurgien de pouvoir remédier.

Cette connaissance doit faire insister davantage encore, si la chose est possible, sur le traitement bien méthodique des plaies, l'évacuation de la matière purulente, les bonnes positions qu'on doit dans tous les cas donner aux parties malades pour hâter ou faciliter cette évacuation et obtenir une guérison, qui, sans de semblables précautions, aurait pu se faire longtemps attendre.

Mémoire sur la suture intestinale, avec trois observations d'entéroraphie pratiquée par M. Jobert, *par* Louis Fleury, *interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique, etc.*

L'histoire de l'entéroraphie appartient à la chirurgie contemporaine, bien que les auteurs les plus anciens en fassent mention; mais on ne peut considérer comme rationnels les procédés antérieurs à ceux qui ont été proposés dans ces derniers temps, et il est bien remarquable qu'une opération dont l'importance a dû se faire sentir à toutes les époques, ait échappé aussi longtemps au génie des chirurgiens. « Il est assez étonnant, dit Pipelet, que, jusqu'à nos jours, il y ait eu si peu d'observations sur les hernies avec gangrène. Cette maladie a toujours dû être fréquente; on regardait apparemment les malades en cet état, comme dans un cas désespéré. »

Mais Pipelet aurait pu ajouter que, si l'on commençait à recueillir de son temps les observations de hernies avec gangrène, l'on ne s'entendait guères encore sur la conduite que devait tenir le chirurgien dans cette circonstance. Raw ne trouvait rien de mieux à faire que d'abandonner le soin de la guérison à la Providence. J. L. Petit rapporte qu'un charlatan ouvrait les hernies étranglées comme des abcès, et que malgré cette pratique téméraire tous ses opérés guérissaient sans accidents. Hévin a réuni un assez grand nombre de cas de volvulus où la guérison eut lieu par les seuls efforts de la nature après l'évacuation d'une portion plus ou moins considérable du tube intestinal, et chez un malade « que la nature avait guéri de la maladie principale, et qui mourut d'un accident accessoire, l'iléon fut trouvé abouché et très-bien consolidé avec le colon droit. » Mais ces observations et cette pièce d'anatomie pathologique si éloquentes, ne leur ont inspiré aucune déduction opératoire, et Duverger le premier réunit un intestin divisé sur une trachée-artère de veau, et voit le succès couronner son entreprise.

Il suffit souvent d'un fait pour imprimer à la science une heureuse impulsion, et celui ci ne pouvait rester stérile en présence de l'Académie royale de chirurgie.

Louis comprend bientôt toute l'importance de ce sujet, qu'il déclare « un des plus intéressants de la chirurgie, tant par la nature de l'accident, que parce qu'il se rencontre fréquemment dans la pratique », et en fait l'objet d'un mémoire rempli d'observations curieuses. Il démontre d'abord que le procédé mis en usage par Duverger n'est pas nouveau, puisque Guy-de-Chauliac et Fabrice-d'Aquapendente le connaissaient déjà (*sunt nonnulli inepti, qui antequam consuatur intestinum, cannulam immittunt, vel è sambuco, vel portione asperæ arteriæ alicujus animalis, vel ex alio intestini frustulo*. Fabr. d'Aq., *De vulneribus*, cap. 26); mais il fait remarquer en même temps « que les observations transmises par les auteurs sur les hernies avec gangrène, n'ont donné

que des connaissances de détail, qu'on ne peut regarder ces faits que comme des matériaux dont on peut tirer de grands avantages, mais qu'il faut mettre en œuvre afin de réduire en méthode le traitement qui convient dans ces circonstances. » Condamnant ensuite l'emploi d'un corps étranger dans la suture intestinale, il s'appuie sur une opération pratiquée par Ramdhor pour proposer une nouvelle méthode dont tout l'honneur doit lui appartenir; « car M. Ramdhor, auteur de cette pratique, dit Ritsch, M. Heister qui en a parlé dans ses *Institutions de chirurgie*, les auteurs du *Commerce littéraire de Nuremberg*, M. Van-Swiéten dans ses *Commentaires sur les Aphorismes de Boërhaave*, enfin tous ceux qui ont connu le succès de l'insinuation de la portion supérieure de l'intestin dans l'inférieure, n'ont considéré ce fait que comme un cas unique et isolé, et comme une observation très-curieuse; ils n'ont pas pensé qu'elle pouvait être liée à des principes, et qu'on pourrait en tirer des conséquences qui en feraient un point de doctrine des plus importants. »

Le mémoire de Louis mit la question à l'ordre du jour, et elle occupa pendant longtemps les chirurgiens. Les uns jugèrent l'invagination inutile : ainsi La Peyronnie assura qu'il suffisait de rapprocher les deux bouts de l'intestin. Ledran proposa la suture à anse; Bertrandi celle à points passés; d'autres, revenant au procédé de Duverger, blâmèrent seulement l'usage d'une trachée-artère, et Scarpa lui substitua un cylindre de suif, Watson une canule de colle de poisson; Sabatier une carte roulée. Ces différens moyens de réunion furent appuyés par leurs auteurs sur des considérations théoriques plus ou moins ingénieuses; mais la sanction de l'expérience leur manqua, et le choix ne pouvait être qu'arbitraire. De nouvelles recherches vinrent bientôt démontrer combien peu ils étaient justifiés par l'anatomie pathologique. Bichat entrevit que l'inflammation adhésive ne s'effectuait en général qu'entre des surfaces celluleuses, et que l'invagination pratiquée par Louis, selon Ramdhor, ne pouvait avoir pas

elle-même aucun résultat, puisque une membrane muqueuse s'y trouvait en rapport avec une séreuse. Travers étrangla circulairement tout le calibre du conduit alimentaire, et vit le péritoine se boursouffler et se coller rapidement au-dessus de la ligature qui coupa les parties placées au-dessous d'elle, et fut entraînée du côté du rectum, de telle sorte que le tube se rétablit complètement. Une nouvelle indication ressortait évidemment de ces faits, et M. Jobert, le premier, proclama que la réunion d'un intestin divisé ne pouvait s'obtenir qu'en mettant en contact les surfaces séreuses des deux bouts. Il proposa à cet effet un procédé décrit dans les *Archives* de janvier 1824, et plus tard dans son *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*. D'autres chirurgiens ne tardèrent pas à s'engager dans la route qu'il venait d'ouvrir, et MM. Amussat, Denans, Lembert et Raybard imaginèrent successivement des méthodes différentes, quant au manuel opératoire, mais tendant toutes au même but, l'adossement des séreuses.

Tel est l'exposé rapide de l'état de la question. L'entéroraphie est-elle jugée, et la science a-t-elle atteint le but qu'elle doit se proposer ? Non ; car ici, comme en bien d'autres points, le praticien reste indécis entre plusieurs procédés dont chacun doit être préféré, d'après son auteur, et il cherche en vain une appréciation impartiale et fondée qui puisse déterminer son choix. Cette lacune, qu'on retrouve si souvent, est un obstacle funeste aux progrès pratiques de l'art, et il ne faut cependant pour la remplir qu'invoquer le témoignage toujours précis des faits anatomo-pathologiques et de l'expérimentation : voyons donc les résultats auxquels on arrive dans la question qui nous occupe, en suivant cette marche.

On peut partager en deux classes bien distinctes les divers moyens proposés pour obtenir la réunion d'un intestin, selon qu'ils demandent ou qu'ils rejettent l'emploi d'un corps étranger, et puisque les premiers sont les plus anciennement connus, je les placerai dans la première division.

1° *Suture à l'aide d'un corps étranger*. — Je ne discuterai pas les procédés de Duverger, Sabatier, Scarpa, Watson, qui sont depuis longtemps généralement abandonnés, et je n'ai à parler ici que de ceux proposés par MM. Denans et Amussat. M. Denans se sert de trois cylindres creux, en métal; il en place un dans chaque bout de l'intestin qu'il renverse sur la surface interne de ces viroles; le troisième, moins volumineux que les deux autres, doit être glissé dans le cylindre supérieur, puis à l'intérieur de l'autre, de telle façon qu'il leur serve d'axe. Une anse de fil les embrasse tous les trois, et les fixe sur deux points différents du cercle intestinal. On coupe les bouts de la suture très-près du péritoine, et on réduit le tout dans la cavité abdominale. La soudure s'opère; tout ce qui est pressé entre les trois viroles ne tarde pas à se gangréner et à être évacué par les selles, ainsi que ces corps étrangers. Le procédé de M. Amussat est une combinaison de l'expérience de Travers, de l'invagination de Ramdhor, et de la suture de Duverger. Il consiste à invaginer les deux bouts de l'intestin sur un cylindre creux et renflé à ses extrémités, et à les étrangler circulairement avec un fil, au niveau duquel on coupe ensuite le bout invaginant. La soudure s'opère, et la ligature est ensuite évacuée avec le corps étranger.

Ces procédés présentent tous deux les inconvénients que Boyer a si justement reprochés à la suture sur un corps étranger, tels que l'inflammation toujours violente que celle-ci occasionne, l'obstacle que le corps étranger oppose au cours des matières, la difficulté de son évacuation. Si on examine en particulier ces procédés, on voit que la suture de M. Denans est d'une exécution longue et pénible, qu'elle exige des manœuvres toujours nuisibles, qu'elle donne lieu à une gangrène assez étendue; que lorsque la chute des parties mortifiées est opérée, les viroles changent souvent de rapports, cessent d'être emboîtées, et peuvent prendre des positions qui rendent leur évacuation fort difficile. La suture de M. Amussat expose à blesser l'intestin

lorsqu'on excise la portion qui déborde la ligature ; elle n'offre aucune sûreté pour le maintien du rapprochement. Enfin M. Boys de Loury l'a expérimentée un grand nombre de fois sur les animaux en y mettant tout le soin possible, sans jamais l'avoir vûe réussir. Ces deux sutures ne sont d'ailleurs applicables que dans les cas d'une section complète du tube alimentaire, et l'on rencontre beaucoup plus fréquemment dans la pratique une solution de continuité qui ne comprend qu'une paroi du tube, une plaie de l'intestin. Ces considérations paraissent avoir été généralement senties, car les deux procédés que je viens de décrire n'ont jamais été pratiqués sur l'homme.

2° *Suture sans corps étrangers.*—Les sutures du pelletier, de Ledran, de Bertrandi, remplissent si peu les indications, qu'elles ont été abandonnées il y a longtemps. Il en était de même de l'invagination de Ramdhor, lorsque M. Raybard voulut la faire prévaloir de nouveau. Je n'ai pas à combattre cette prétention ; elle est jugée par les travaux de Bichat, de MM. Richerand, Emery, Travers, Philipps, etc.

En 1822, M. Jobert commença une série d'expériences dont voici les principaux résultats :

1° Si l'on répète l'expérience de Travers sur un intestin sain, on voit que la ligature a le même effet que si elle était pratiquée sur une artère, c'est-à-dire, que les tuniques muqueuse et musculeuse se rompent, et que la séreuse seule résiste.

2° Si on embrasse par une ligature une anse intestinale dont la tunique séreuse est enflammée, celle-ci est rompue comme les deux suivantes, et l'intestin est divisé, quelque faible que soit la constriction exercée par le nœud.

3° Si on met en contact deux séreuses et qu'on les maintienne très-légèrement en contact, l'agglutination est opérée au bout d'une heure, résultat surprenant, mais qu'on pouvait prévoir en réfléchissant à la rapidité avec laquelle se forment les fausses membranes et les adhérences dans l'inflammation du tissu séreux.

M. Jobert trouva dans ces faits l'indication d'un procédé pour la suture intestinale, essentiellement fondé sur l'anatomie pathologique.

Ce procédé consiste à renverser en dedans l'orifice du bout intestinal inférieur, à invaginer ensuite le bout supérieur de telle sorte que les séreuses seules soient en contact. Deux fils suffisent pour les maintenir : M. Jobert a soin de ne pas les nouer ; il leur imprime une légère torsion et les retient au dehors pour les enlever au bout de quelques jours en les tirant par une de leurs extrémités. Dans ce cas d'une simple plaie intestinale on renverse en dedans les deux lèvres de la solution de continuité, et l'opération s'achève de même.

En 1825 M. Lembert proposa pour la réunion des intestins un procédé qui n'est autre que celui que M. Jobert mettait en usage avant d'avoir reconnu le danger de nouer les fils : il consiste à passer avec une aiguille ordinaire quatre ou cinq anses de fil à travers l'épaisseur des parois du bout supérieur et ensuite de l'inférieur ; l'aiguille pénètre à deux ou trois lignes de la plaie par la face externe de l'organe jusqu'à la membrane muqueuse, elle est ramenée en dehors à une ou deux lignes de son entrée pour être introduite de la même manière dans le bout rectal de l'intestin ; tirant alors sur les fils on force les lèvres de la plaie à se renverser sur leur côté interne, et il ne reste plus qu'à les nouer.

Ce procédé exige une traction assez forte, la présence de nœuds étreignant la membrane séreuse de l'intestin, circonstance qui rend son application impossible lorsque la séreuse est enflammée ; il determine la formation d'une valvule, d'un bord plus ou moins saillant dans l'intérieur du canal.

Je viens d'énumérer les différentes méthodes qui depuis Duverger jusqu'à nos jours ont été proposées pour la réunion du canal intestinal ; il est facile de voir que celles de M. M. Jobert et Lembert sont les seules entre lesquelles on puisse balancer aujourd'hui, et il est également évident, en raison d'expériences que tout le monde peut vérifier, que si la méthode de M.

Jobert réunit autant de chances de sucès que celle du second chirurgien, elle devra être préférée.

Les observations suivantes prouvent combien les reproches adressés à la suture à torsion sont peu fondés; mais il importe auparavant d'établr une distinction sans laquelle on ne porterait qu'un jugement erroné.

L'esprit de parti est tellement ingénieux à s'abuser qu'il trouve moyen de dénaturer même le langage des faits, celui qui prête le moins à l'ergoterie. On a dit : *la suture à torsion a été appliquée deux fois à l'homme, et les deux malades ont succombé : donc cette méthode doit être rejetée.* Certes de ce qu'une opération chirurgicale nouvelle, fondée sur le raisonnement et sur l'anatomie pathologique, n'aurait pas réussi dans ses deux premières applications, cela ne serait pas une raison suffisante pour la proscrire; mais nous allons voir, quelque paradoxal que cela paraisse, que ces insuccès peuvent conduire à la conclusion opposée, et que le fameux *il est mort guéri* n'est pas toujours un jeu de mots trivial. Ainsi relativement au sujet qui nous occupe on conçoit combien il est différent d'opérer un malade chez lequel, à la suite d'une violence extérieure ou de tout autre cause, l'intestin aura été ouvert dans la cavité abdominale, ou un malade au contraire chez lequel l'intestin aura été ouvert hors de cette cavité, dans une opération de hernie, par exemple : si le premier succombe à un épanchement et à une péritonite antérieurs à la suture, ou à des lésions qu'on ne pouvait découvrir pendant la vie, et que l'autopsie vienne montrer la solution de continuité parfaitement réunie, faudra-t-il tirer de ce fait un argument contre la suture? Certes, la question ramenée ainsi à ses véritables termes, personne n'oserait répondre par l'affirmative.

OBS. Ire — Brochard (Louis-Charles), bijoutier, âgé de 23 ans, demeurant rue de la Roquette, N° 83, fut admis à l'hôpital St.-Louis, le 22 mars 1835, et couché au N° 4 de la salle St.-Louis. Ce malade, voulant séparer deux hommes qui se battaient, reçut dans le ventre un coup de couteau qui, dans le moment, ne lui fit

éprouver aucune douleur. La querelle appaisée, il entra chez un marchand de vin, ne se doutant pas de la gravité de sa blessure : mais aussitôt entré il se trouva faible et tomba à terre. Les personnes qui l'entouraient, le croyant ivre, le relevèrent et le portèrent dans une chambre isolée pour le laisser dormir. Revenu de sa faiblesse, Brochard s'aperçut qu'il était inondé de sang, et commença à éprouver de violentes douleurs. C'est alors qu'il se fit transporter à Saint-Louis, quatre heures environ après l'accident. Il offrait l'état suivant : douleurs violentes dans tout le ventre et dans les reins ; figure pâle, non grippée ; soif vive ; langue un peu sèche et légèrement brunâtre dans son milieu ; respiration accélérée ; pouls petit et très-fréquent ; peau un peu froide ; anxiété très-grande ; quelques nausées. On aperçoit vers le milieu de l'espace compris entre l'ombilic et l'épine antéro-supérieure de l'os iliaque gauche, une tumeur presque globuleuse, du volume d'une grosse noix, et faisant saillie d'un pouce au-dessus du niveau des parois abdominales : sa forme se rapprochait beaucoup de celle d'un champignon, et on pouvait facilement y distinguer deux parties, l'une renflée, ou tête, l'autre d'un diamètre moins considérable, sorte de pédicule resserré entre les lèvres de la plaie de l'abdomen. L'aspect de ces deux parties offrait des différences bien notables. La surface de la portion renflée était humide, parcourue par quelques plis peu saillants, d'une couleur rouge-vermeil, uniforme, inégale au toucher, sans trace d'arborisations. En la regardant de près et de côté, on distinguait aisément à l'œil nu une foule de petites éminences et de petits enfoncements (villosités). Au reste, cette tumeur n'est recouverte d'aucun enduit ; on ne voit ni sang, ni matières fécales. A son centre existe une dépression assez marquée dont le contour offre beaucoup de plis rayonnés. Le pédicule est lisse, poli, luisant dans une grande partie de son étendue, aspect dû à la présence de la séreuse. Dans quelques points seulement on y observe de petites plaques mollasses, jaunâtres, comme pseudo-membraneuses. Considérée dans son ensemble, cette tumeur était élastique, se laissait aisément déprimer sous le doigt, et reprenait immédiatement après sa forme et son volume primitifs.

Ces différents caractères ne me laissèrent aucun doute ; je pensai que l'intestin avait été ouvert ; que la muqueuse faisait hernie à travers les lèvres de la plaie intestinale, et venait ainsi former la tumeur que j'ai décrite ; que son boursoufflement dépendait de la gêne apportée dans la circulation par l'étranglement exercé par les lèvres de la plaie du ventre. En palpant cette tumeur, je sentis

bien qu'il serait facile de la réduire, mais je me gardai de le faire, car la rentrée de l'intestin aurait été suivie d'un nouvel épanchement dans la cavité du péritoine. Je me contentai donc d'appliquer un linge enduit de cérat, et j'envoyai de suite chercher M. Jobert.

Après avoir attentivement examiné la tumeur, M. Jobert pratiqua avec un bistouri boutonné plusieurs petits débridements sur les lèvres de la plaie abdominale, puis il attira au-dehors une anse d'intestin de cinq à six pouces de longueur, et il fut alors aisé de voir que l'intestin était lésé en deux endroits; une des plaies était transversale, perpendiculaire par conséquent à l'axe de l'intestin, longue de dix à douze lignes, et s'étendant jusqu'au mésentère; mais les parois intestinales n'avaient été divisées dans toute leur épaisseur que dans une étendue de six à huit lignes. Au-delà la séreuse seule avait été intéressée.

Quatre points de suture furent appliqués ainsi qu'il suit : une aiguille ordinaire portant un fil simple fut enfoncée de dehors en dedans, à trois ou quatre lignes au-dessous de la lèvre de la plaie, et retirée à une demi-ligne au-dessous du bord libre de cette même lèvre, puis elle fut reportée sur la lèvre du côté opposé, plongée de dedans en dehors, à une demi-ligne au-dessous du bord libre de cette plaie, et retirée à trois ou quatre lignes de ce même bord. Les autres fils furent appliqués de la même manière. Saisissant alors les extrémités de chaque fil, on en fit la torsion qui eut pour résultat de renverser en dedans les deux lèvres de la plaie, de les rapprocher, de les adapter l'une à l'autre par leur surface extérieure, appliquant ainsi séreuse contre séreuse. Un aide maintint alors les différents fils, tandis que M. Jobert appliquait d'autres points de suture sur la seconde plaie.

Celle-ci était longitudinale, dirigée suivant l'axe de l'intestin, et longue de dix à douze lignes. La membrane muqueuse, qui était boursoufflée, saillante, fut réduite, et huit points de suture furent appliqués comme les précédents.

Cette seconde opération terminée, l'intestin fut réduit dans la cavité abdominale; les fils maintenus à l'extérieur par un morceau de diachylon, et enfin un point de suture appliqué au niveau du tiers inférieur de la plaie extérieure, pour s'opposer à la formation d'une nouvelle hernie. Des coussins furent placés sous les jarrets du malade, la tête légèrement fléchie sur la poitrine pour tenir les muscles du ventre dans le relâchement. Quelques com-

presses et un bandage complétèrent le pansement. Une saignée de deux onces fut immédiatement pratiquée. On prescrivit au malade de la limonade citrique à prendre par cuillerée ; on lui recommanda de garder le décubitus dorsal, de rester immobile. Enfin un infirmier passa la nuit auprès de lui, avec ordre de placer la main sur la plaie à chaque effort déterminé par la toux, les nausées, un mouvement, etc.

23 mars. Le malade a uriné pendant la nuit. Vers quatre heures du matin, il éprouva de la faiblesse, et son corps se couvrit d'une sueur froide ; douleurs très-vives dans les reins et à l'épigastre ; langue humide et blanchâtre, pas de selle, hoquet ; vomissements très-fréquents et provoqués par l'ingestion d'une très-petite quantité de liquide ; la figure est pâle, contractée ; le regard inquiet. (Saignée de trois onces, trente sangsues sur l'abdomen ; fomentations et cataplasmes émollients).

Les mêmes symptômes persistèrent durant toute la journée, et le malade succomba le 24 mars, à sept heures du matin, 38 heures après avoir été blessé.

Autopsie 25 heures après la mort. — Rigidité cadavérique à peine sensible dans les membres abdominaux, plus prononcée dans les membres thoraciques, et très-forte à la mâchoire inférieure. Plaie d'un pouce de long, intéressant toute l'épaisseur des parois du ventre, un peu irrégulière, et présentant quelques dentelures de une à deux lignes de profondeur dans son pourtour, dentelures correspondantes aux débridements qui avaient été pratiqués. A son angle supérieur on trouve les fils qui ont servi à pratiquer la suture. L'abdomen ouvert et sa paroi antérieure renversée en bas, il s'écoule environ six onces d'une sérosité rougeâtre et trouble. Vers le milieu de la région hypogastrique, on trouve du pus liquide, jaunâtre, et d'une consistance assez grande : le grand épiploon en est humecté, et ce repli péritonéal a contracté plusieurs adhérences. Les circonvolutions intestinales également adhérentes entre elles en plusieurs points, sont recouvertes d'une fausse membrane jaune, molle, assez épaisse. A la partie supérieure de la région ombilicale et vers son milieu, on observe un épanchement de matières fécales circonscrit de tous côtés par les intestins, le mésentère et des fausses membranes. En cet endroit, et immédiatement au-dessous du mésocolon transverse, on découvre une anse intestinale qui est le siége de plusieurs perforations. L'une de ces plaies a 18 lignes de long ; les bords en sont irréguliers et comme déchirés ; une autre n'a que 6 lignes ; une troisième enfin offre deux

ouvertures. L'instrument, après avoir pénétré dans l'intérieur de l'intestin, a sillonné la muqueuse pour aller traverser la face opposée de l'organe, de telle sorte qu'il n'existe plus qu'une espèce de pont entre la plaie placée sur la paroi antérieure de l'intestin et celle de sa paroi postérieure. Des ecchymoses de 3 à 4 lignes de largeur environnent ces plaies; le sang est infiltré dans les tuniques muqueuse et musculeuse. Ces lésions, qu'on n'a pu découvrir pendant la vie, ont leur siège à six pieds de l'estomac.

La portion intestinale sur laquelle on a appliqué des points de suture, est légèrement ecchymosée; on n'aperçoit aucune ouverture entre les fils qui sont recouverts d'une couche de lymphe plastique, non purulente. L'intestin examiné à l'intérieur ne présente, quoiqu'on l'ait fait macérer dans l'eau pendant 24 heures, aucune interruption entre les lèvres des plaies; aucun fil n'y est visible. Au niveau de la plaie longitudinale on remarque une ligne saillante faisant un relief de deux lignes environ, et produite par la section et le gonflement des valvules conniventes. La membrane muqueuse n'est ni piquetée, ni arborisée; sa consistance n'est pas altérée.

Ayant enlevé avec soin les fils, on ne remarque encore aucun écartement entre les lèvres des plaies : on n'aperçoit aucune trace de pus. En exerçant des tractions sur chaque lèvre en même temps, on les désunit et on voit entr'elles un dépôt de cette lymphe plastique que nous avons déjà rencontrée, et qui les tenait agglutinées. — Les autres viscères de l'abdomen, la poitrine et le crâne n'ont présenté aucune altération (1).

OBS. II.e — Dans la nuit du 23 au 24 juin 1836, fut couché au N° 24 de la salle Saint-Louis, le nommé Treffaut, marinier, âgé de 35 ans, demeurant à La Villette. Cet homme, qui portait depuis plusieurs années, sans en éprouver d'accidents, une hernie scrotale gauche réductible, se prit de querelle étant ivre, et reçut un coup de bâton, portant par le bout, sur le scrotum, à gauche. Le coup, dirigé obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, atteignit l'anneau inguinal du même côté. La douleur que ressentit Treffaut fut tellement vive qu'il tomba évanoui, et qu'il ne reprit connaissance qu'étant déjà couché à l'hôpital. L'interne de garde, appelé pour recevoir ce malade, ayant pris connaissance de ces faits, essaya de réduire la hernie, mais après plusieurs

(1) Observation recueillie par M. Gendron, ex-interne des hôpitaux.

tentatives inutiles, il se contenta de faire appliquer des fomentations émollientes sur la tumeur.

Le 24, à la visite de M. Jobert, le malade offrait les symptômes suivans : La face exprime une souffrance profonde ; cependant elle n'est pas grippée : le pouls est petit et fréquent, la respiration accélérée, la peau un peu froide ; éructations assez fréquentes ; pas de vomissements. Au côté gauche du scrotum on voit une tumeur étendue depuis l'anneau inguinal jusqu'au milieu de la cuisse, et ayant environ cinq pouces de largeur. La peau qui la recouvre est considérablement amincie par suite de la distension qu'elle éprouve, et laisse apercevoir des veines sous-tégumenteuses très-dilatées, et deux ecchymoses peu étendues. Cette tumeur est extrêmement douloureuse à la pression, et la douleur s'étend même, en suivant le trajet du canal inguinal, dans toute la fosse iliaque gauche ; son poids n'est pas en rapport avec le volume qu'elle présente. Par la percussion on obtient un son tympanique dans toute sa portion supérieure ; le son est au contraire un peu mat vers sa partie postérieure et inférieure. Par la succussion il semble qu'on éprouve la sensation que donne un flot de liquide. Ayant ensuite examiné l'orifice externe du canal inguinal, M. Jobert le trouva considérablement dilaté, et il porta le diagnostic suivant : *Dilacération de l'anneau inguinal, et entrée d'une nouvelle quantité d'anses intestinales dans l'ancien sac herniaire ; rupture intestinale ; épanchement et pneumatose par suite de cette solution de continuité.*

L'opération fut pratiquée sur le champ. Le scrotum ayant été rasé préalablement, M. Jobert incisa la tumeur dans toute son étendue longitudinale, et parvint jusqu'au sac herniaire. Aussitôt que celui-ci fut ouvert, il s'échappa une assez grande quantité de matières gluantes, verdâtres, de la sérosité, et l'on aperçut alors la plus grande partie de l'intestin grêle et tout le mésentère qui lui donne attache, renfermés dans cette énorme poche. Après avoir nettoyé les parties par de larges lotions d'eau tiède, M. Jobert déplia avec précaution les intestins herniés pour rechercher la solution de continuité qui maintenant n'était plus douteuse, et je ne saurais peindre l'effet que produisit sur les élèves qui entouraient l'opérateur, la vue de ce canal intestinal étalé presque dans son entier sur l'abdomen du malade, et paraissant déjà frappé de gangrène. En effet, la surface séreuse était partout d'un rouge vif, et offrait çà et là des plaques mamelonnées d'une teinte noirâtre, et des ecchymoses larges et nombreuses. En poursuivant ses recherches, M. Jobert ne tarda pas à découvrir une déchirure

transversale d'environ trois lignes, irrégulière, et donnant issue à cette matière verdâtre dont nous avons déjà parlé; ses bords étaient frangés, et les tuniques intestinales, dans un rayon de quelques lignes, avaient été contuses et menaçaient de tomber en gangrène : elles étaient noires, mollasses, inégales. M. Jobert saisit avec des pinces les lèvres de la plaie, les égalisa avec des ciseaux, et pratiqua ensuite, au moyen de deux fils, la suture à torsion; après quoi s'étant assuré qu'il n'existait pas une seconde solution de continuité, il réduisit toute la masse intestinale, et acheva le pansement comme dans l'observation précédente. (Limonade citrique ; saignée de trente onces).

Le 25, le ventre est gonflé, douloureux ; la face est grippée et couverte d'une sueur froide ; le pouls bat 75 fois par minute ; nausées, hoquets. (40 sangsues sur le ventre ; sinapismes aux pieds).

Le malade succombe dans la nuit.

Autopsie 24 heures après la mort. — Cadavre de cinq pieds trois pouces; rigidité cadavérique prononcée. En débridant à son angle supérieur l'incision pratiquée à la tumeur, on découvre l'anneau inguinal dont le pilier interne est irrégulièrement déchiré et presque entièrement séparé du pubis; le canal inguinal et le cordon n'offrent rien de remarquable.

L'abdomen incisé et sa paroi antérieure renversée en bas, on voit le grand épiploon et la face antérieure des circonvolutions intestinales recouverts par une grande quantité de fausses membranes assez épaisses ; quelques adhérences, mais en petit nombre, sont établies ; un épanchement qu'on peut évaluer à huit ou dix onces occupe le petit bassin. Les intestins présentent les ecchymoses que nous avons signalées ; la membrane séreuse est partout fortement enflammée, mais les plaques noires qu'on avait observées ont disparu. En examinant la partie correspondante à la plaie, après une macération de 24 heures, on trouve les lèvres parfaitement réunies, et les fils sont retirés sans qu'elles se séparent. Une petite quantité de sang est épanchée entre les tuniques. En rétablissant, par une traction exercée sur l'anse intestinale, la solution de continuité dont elle était le siége, on voit une couche très-mince de lymphe plastique, au moyen de laquelle l'agglutination s'est opérée.

Cette observation si remarquable offre plusieurs circonstances d'un haut intérêt pratique : elle montre combien peut être dangereux le taxis pratiqué sur une hernie qui a été ex-

posée à une violence extérieure ; elle justifie, par un nouvel exemple, l'opinion de M. Jobert, qui regarde la pneumatose comme le signe pathognomonique d'une rupture intestinale ; elle prouve qu'on ne saurait être trop prudent relativement à ces taches noires qui en imposent si facilement pour une mortification déjà complète.

Obs. IIIe. — Mme B..., âgée de 54 ans, et demeurant à Paris, rue du Four-Saint-Germain, N° 40, portait depuis quelque temps déjà une hernie crurale du côté gauche dont elle ignorait l'origine, et qui ne lui avait jamais causé d'incommodité, lorsqu'en 1828 elle vint à s'engouer. Des nausées, puis des vomissements copieux eurent lieu. M. le docteur Coindet, qui fut appelé, pratiqua le taxis avec succès, et tous les accidents cessèrent. En 1832 un nouvel engouement survint ; les mêmes accidents se reproduisirent, mais avec moins de violence, et le repos et quelques efforts faits par la malade elle-même pour réduire sa hernie, suffirent pour les faire disparaître.

Ces deux avertissements et les conseils du docteur Coindet ne purent engager la malade à porter un bandage, et *le 25 novembre* 1836 de nouveaux accidents se manifestèrent. Un malaise général, des nausées, des vomissements de matières alimentaires, puis bilieuses, furent suivis d'une syncope. Bientôt Mme B. ressentit de violentes coliques, les vomissements devinrent plus violents, et elle se décida à faire appeler M. le docteur Beaumetz.

Ce médecin ayant fait placer la malade sur son séant, le tronc incliné en avant, les cuisses fléchies et tournées en dedans, reconnut, en portant le doigt indicateur dans la direction du canal crural, une tumeur placée à la partie moyenne et un peu interne du pli de la cuisse ; elle avait le volume et la forme d'un petit œuf de poule ; elle était tendue, dure, rénittente, douloureuse, sans changement de couleur à la peau. L'abdomen était tendu et ballonné, le pouls vif et serré ; l'anxiété de la malade était très-grande.

Le docteur Beaumetz ayant reconnu une hernie crurale étranglée, pratiqua le taxis, mais ses tentatives n'eurent aucun succès. Il prescrivit alors un lavement de tabac, des cataplasmes sur la tumeur, et un bain pour le lendemain.

Le 26, dans la nuit, les vomissements se succédèrent avec la même violence ; il s'y joignit des crampes dans la cuisse et la jambe gauche qui étaient comme engourdies. Aucune évacuation

alvine n'a eu lieu. Le matin, immédiatement après le bain, de nouvelles tentatives de taxis n'eurent aucun résultat. (Lavement avec deux onces d'huile de ricin ; cataplasmes ; deux bains de siége prolongés ; diète absolue).

Le 27, la nuit a été très-pénible ; les mêmes symptômes persistent ; la face est pâle, grippée ; le nez effilé, le corps couvert d'une sueur froide, la prostration très-grande. M. Beaumetz jugeant alors l'opération inévitable, fit appeler M. Jobert. Il était sept heures du soir, et l'étranglement durait depuis 50 heures.

M. Jobert, après avoir attentivement examiné la malade, jugea que l'opération ne devait pas être différée, et on la pratiqua immédiatement. La malade étant couchée sur le bord de son lit, une incision fut dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans dans toute la longueur de la tumeur. Elle mit à découvert la veine sous-cutanée abdominale qui était très-développée et qu'on eut soin d'écarter ; l'artère du même nom fut ouverte et liée ; enfin les différentes couches aponévrotiques de cette région ayant été divisées, le sac herniaire fut mis à nu : l'opérateur le saisit avec des pinces, l'incisa en dédolant, et agrandit ensuite l'ouverture sur une sonde cannelée. Il s'écoula aussitôt, ainsi que cela a toujours lieu, une sérosité citrine, mais en plus grande abondance que de coutume : en portant le doigt dans cette poche, M. Jobert ne fut pas médiocrement étonné de n'y rencontrer ni anses intestinales ni épiploon, et de la trouver au contraire vide, lisse, sans adhérences intérieures, et se terminant en cul-de-sac.

Ici se présentaient plusieurs questions : avait-on affaire à un kyste ? Mais la position de cette poche, son allongement sous l'arcade crurale, devaient éloigner cette idée. Etait-ce un vieux sac oblitéré, et fallait-il rapporter à une inflammation circonscrite du péritoine et du tissu cellulaire environnant les symptômes éprouvés par la malade ? mais la sensibilité n'existait qu'au niveau de l'anneau crural, et ne se prolongeait pas au-dessus du ligament de Fallope. M. Jobert reportant alors le doigt dans la plaie, annonça sentir plus profondément une tumeur élastique, donnant au toucher une sensation particulière, et il s'arrêta à l'idée *que la poche qu'il venait d'ouvrir était bien un vieux sac oblitéré, mais qu'au-dessous de lui en existait un de nouvelle formation, poussant le premier devant lui, renfermant des anses intestinales herniées, et étant le siége d'un étranglement.* Une seconde incision fut pratiquée dans le fond du sac déjà ouvert, et fit en effet pénétrer dans un second sac d'où s'échappa aussitôt une cuillerée à café de séro-

sité. Mais toutes les difficultés n'étaient pas encore surmontées : de nombreuses adhérences réunissaient la surface interne du sac aux anses intestinales ; celles-ci étaient distendues, déformées, recouvertes par de nombreuses couches membraneuses qui les rendaient méconnaissables à tel point que, malgré la plus scrupuleuse attention le bistouri intéressa l'une d'elles : des gaz et des matières fécales s'échappèrent. Cette évacuation parut soulager la malade, et M. Jobert ayant examiné l'intestin, trouva qu'une très-grande quantité de sang était épanchée entre ses tuniques ; il fut alors presque tenté de se féliciter de l'avoir ouvert, car cette solution de continuité artificielle était bien préférable aux perforations que ces ecchymoses auraient pu déterminer ; il agrandit donc l'ouverture, et évacua, en exerçant des pressions modérées, les liquides qui distendaient l'intestin. Ayant ensuite détruit toutes les adhérences, M. Jobert procéda au débridement *multiple*, au moyen du bistouri de Cooper, guidé par le doigt indicateur. La dilatation qui en résulta permit d'amener à l'extérieur une nouvelle portion intestinale sur laquelle on voyait un sillon profond, trace de la constriction exercée par l'anneau crural.

Il ne s'agissait plus que de terminer l'opération. Fallait-il établir un anus contre-nature, et espérer une guérison longue, difficile, incertaine et souvent peu durable ? fallait-il tenter un moyen plus hardi, mais plus prompt et surtout plus avantageux : la suture ? M. Jobert se décida pour celui-ci, et son avis fut adopté avec empressement par M. Beaumetz.

La suture à torsion fut donc pratiquée : les intestins furent réduits dans la cavité abdominale, et le pansement terminé comme à l'ordinaire.

Le 28, la malade a passé une nuit un peu agitée, mais tous les symptômes, si violents la veille, ont cessé. Quelques gaz se sont échappés par l'anus. Le ventre est tendu, douloureux à la pression. Le pouls bat 88. La peau est chaude et humide ; le visage est calme.

Le 29, soif assez vive ; ventre toujours douloureux ; pouls à 90 pulsations ; pas de selle. (Cataplasmes émollients).

Le 30, même état ; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre. (Demi-lavement huileux ; une potion composée de : huile de ricin ℥ j ; eau distillée ℥ v ; gomme arabique ʒ j : à prendre d'heure en heure par cuillerée.

1er décembre, la malade a eu cinq ou six évacuations alvines qui l'ont beaucoup soulagée. Le ventre est souple, indolent. Pouls à 80 pulsations.

Le 2, la malade a dormi une partie de la nuit. M. Jobert lève l'appareil et retire une des anses de fil. La plaie est vermeille, elle a très-peu suppuré, et n'est que très-peu douloureuse. (Pansement simple : demi-lavement émollient).

Le 3, aucun accident n'est survenu. On permet à la malade deux bouillons coupés.

Le 4, la malade a dormi toute la nuit. Pouls à 70 pulsations. Evacuations alvines naturelles. Appétit. La seconde anse de fil est enlevée.

Le 5, la malade se trouve très-bien. La plaie est réduite à l'état d'une plaie simple, et le pansement n'offre rien de particulier. Pouls à 65 pulsations. (Deux bouillons).

Le 9, le mieux a continué, la plaie se cicatrise, les selles sont naturelles, et les matières commencent à se mouler. (Semouille au lait; trois bouillons).

Le 20, aucun accident n'est survenu; l'appétit s'est conservé; les digestions ont toujours été bonnes; une selle naturelle a eu lieu tous les jours. La plaie est presqu'entièrement cicatrisée. La nourriture a été progressivement augmentée.

Le 29, la plaie est entièrement cicatrisée, et la malade parfaitement rétablie. On lui conseille néanmoins de garder le lit jusqu'à ce qu'on lui ait appliqué un bandage, que cette fois elle promet de porter.

1er mars. Il y a maintenant plus de trois mois que Mme B. a subi son opération; sa santé est parfaite; elle a repris ses occupations depuis cinq semaines, et n'a éprouvé aucun accident. Les selles sont naturelles, faciles, quotidiennes, et les matières n'offrent rien de particulier dans leur forme.

Cette observation, si intéressante sous tous les rapports, ajoute encore un fait de *multiplicité de sacs* à ceux qui ont été si bien décrits par M. Jules Cloquet; mais il faut remarquer cette inflammation adhésive, développée lorsqu'en raison de la facilité avec laquelle rentraient et sortaient alternativement les viscères herniés, le premier sac était entièrement vide, de telle sorte que l'inflammation ne donna lieu à aucun symptôme d'étranglement, et qu'elle s'opposa à toute communication avec la poche de seconde formation.

Les observations qu'on vient de lire répondent, ce me semble, à toutes les objections et lèvent tous les doutes.

En les rapprochant des expériences dont nous avons rapporté les résultats, on peut en déduire les quatre propositions suivantes :

1° La simple torsion des fils qui ont servi à réunir un intestin divisé, suffit pour empêcher tout épanchement consécutif et pour déterminer l'agglutination des membranes séreuses mises en contact.

2° La membrane péritonéale d'un intestin divisé étant le siége d'une violente inflammation, résiste néanmoins encore à la torsion des fils qui doivent l'adosser à elle-même.

3° Dans le cas de solution de continuité complète ou incomplète du canal intestinal avec inflammation de sa membrane externe, la suture faite selon le procédé de M. Jobert est la seule applicable ; toute autre déterminerait une nouvelle division des tuniques intestinales.

4° Dans les cas de solution de continuité complète ou incomplète du canal intestinal, sans inflammation de sa membrane externe, la suture de M. Jobert est celle qui doit être préférée, puisqu'elle remplit toutes les indications et qu'elle rend moins dangereuse l'inflammation consécutive qui peut se développer dans la tunique séreuse de l'intestin.

Excision d'une portion de l'intestin et du mésentère dans un cas d'étranglement herniaire et entéroraphie, avec l'examen anatomique des parties quelque temps après l'opération qui avait été suivie de succès ; par DIEFFENBACH (1).

Je fus appelé il y a quelques mois auprès d'un cultivateur âgé de 50 ans, pour une hernie étranglée. Je trouvai un homme grand et vigoureux, portant une hernie crurale du côté droit. L'étran-

(1) Nous avons cru utile de rapprocher du mémoire précédent l'observation du professeur Dieffenbach, et que nous extrayons du *Wochenscrift fur die gesamte Heilkunde*. N° 26, 1836.

glement existait depuis quinze jours, et pendant ce temps plusieurs chirurgiens avaient fait à diverses reprises des tentatives de réduction, mais sans succès. D'après la durée de l'étranglement et la rougeur répandue dans toute la région, je jugeai que la gangrène avait dû s'emparer des parties herniées, et les matières fécales s'être répandues dans le sac.

Je crois inutile de dire que le malade avait éprouvé tous les accidents qui accompagnent les cas de ce genre. Le ventre était fortement ballonné, la constipation opiniâtre, et tout me présageait que ce malheureux avait au plus encore douze heures à vivre. L'opération était urgente, et quoique sans espoir de succès, je résolus de l'entreprendre.

Je fis sur le milieu de la tumeur une incision de la longueur du doigt. Le tissu cellulaire était lardacé et adhérent à la surface externe du sac herniaire. Lorsque celui-ci fut ouvert, il s'écoula un liquide infect, contenant des portions d'intestin gangréné et des matières excrémentitielles. L'anse intestinale, assez petite, qui était contenue dans le sac, était percée à son sommet d'une ouverture qui permettait l'introduction du pouce. Après avoir lavé et examiné les parties, je ne vis plus sortir de matières fécales. Le doigt indicateur n'arrivait que difficilement dans l'abdomen à travers l'ouverture intestinale, et les matières contenues dans la cavité de l'intestin ne sortaient point avec lui quand je le retirai. Sans détruire les adhérences qui unissaient l'intestin à l'ouverture herniaire, je fis en dehors trois incisions profondes dans l'anneau crural, mais ce fut sans succès, et l'intestin ne se vida pas malgré tous mes efforts ; la cause en était en partie dans le peu de largeur de l'ouverture herniaire, en partie dans le rétrécissement de la partie herniée par suite de l'épaississement de ses parois. Ne voulant pas laisser succomber cet homme à des douleurs atroces, je détruisis les adhérences, j'attirai au-dehors une portion de l'intestin, jusqu'à ce que je fusse arrivé à la partie qui était saine, et j'excisai toute la partie étranglée aussi loin qu'elle était malade. Le morceau avait trois pouces. J'excisai avec des ciseaux une partie correspondante du mésentère.

Je fus obligé de faire la ligature d'une artère qui fournissait du sang, ayant soin de couper les fils tout près du nœud; je n'osai pas employer la torsion dans un tissu aussi lâche, de peur que le vaisseau ne se détordît. Pendant ce temps mes deux aides tenaient chacun dans leurs doigts un des bouts de l'intestin. Ceux-ci se contractèrent tellement qu'on eût pu tout au plus y introduire la

tige d'une plume, et cependant le bord externe était large et renversé en dehors.

Je commençai par réunir la plaie triangulaire du mésentère à l'aide d'une aiguille et d'un fil très-fins; puis je réunis les extrémités de l'intestin avec un fil particulier. Je fis ce premier point à deux lignes de distance du bord, portant toujours l'aiguille en travers au-delà de la fente, de manière que, l'aiguille cheminant dans la tunique musculeuse, je ne mettais en rapport que la tunique péritonéale des deux bords, d'après le procédé indiqué par M. Lambert. La muqueuse ne se trouvait nulle part comprise dans la suture, mais elle était roulée en dedans en forme d'anneau.

Je replaçai l'intestin avec les plus grandes précautions, de peur que les bords ne vinssent à se déchirer. Tout se passa très-heureusement. Après avoir attendu inutilement pendant quelque temps que le malade allât à la selle, je lui prescrivis de l'huile de ricin, et je le quittai persuadé que j'aurais l'autopsie à faire le lendemain.

Le jour suivant le malade n'avait pas encore eu de selle: de fortes doses d'huile de ricin n'avaient rien produit; j'y ajoutai de l'huile de croton, et j'ordonnai au malade de se lever et de se tenir sur ses jambes. Il survint immédiatement des évacuations extrêmement copieuses qui procurèrent au malade un soulagement tel, que son état n'était pas plus inquiétant que s'il avait été opéré d'une hernie étranglée des moins graves. Le ventre revint à son état naturel, et tous les accidens se calmèrent.

Il s'écoula plusieurs jours pendant lesquels j'employai une médication médiocrement antiphlogistique. Une émulsion avec de l'huile de ricin et de l'eau de laurier-cerise était le seul moyen que j'employai. Je nourris le malade chaque jour un peu plus; bientôt il eut des selles naturelles; la plaie extérieure suppura, et la cicatrisation marcha rapidement. Au bout de quinze jours il put se lever et passer quelques heures dans son fauteuil. Après trois semaines il ne restait plus à l'extérieur qu'une légère escharre, au bout d'un mois le malade était guéri, et avait repris ses repas copieux et ses travaux fatigans de la campagne.

Quelques semaines après la parfaite guérison de mon malade, je fus appelé en toute hâte pour me rendre auprès de lui. Etant moi-même retenu au lit, je me fis remplacer par un de mes collègues. Après un travail pénible dans les champs, et un repas copieux composé de viandes grasses et autres mets indigestes, il

avait été pris subitement de douleurs abdominales très-vives, de vomissemens avec constipation, symptômes qui furent regardés comme appartenant à une intussusception. Malgré l'emploi de saignées, sangsues, purgatifs et lavements, les douleurs augmentèrent de plus en plus, et le malade succomba. — Voici quel fut le résultat de l'autopsie.

L'habitude extérieure annonçait un homme fort et vigoureux, l'abdomen était fortement tendu, légèrement gonflé : à la percussion, il ne rendait pas un son clair comme dans la tympanite, mais un son mat comme dans la région du foie. Dans l'aine se trouvait une cicatrice d'un bleu rougeâtre, ferme et légèrement déprimée. (L'ombilic n'était pas dévié de ce côté.)

Quand on ouvrit la cavité abdominale, il s'écoula un liquide clair, rougeâtre. Lorsque les parois abdominales crucialement incisées eurent été renversées, on vit toute la partie antérieure de la cavité remplie par les circonvolutions de l'intestin grêle distendu, lequel cachait tous les autres viscères qui y sont contenus, à l'exception d'une portion de l'épiploon, qui s'étendait de l'hypocondre droit vers le côté gauche du bassin, où il adhérait au côté gauche du *foramen obturatorium*. Les intestins étaient mobiles au-dessous de cette espèce de corde ainsi tendue, et celle-ci ne produisait aucun étranglement. Lorsque cette partie adhérente de l'épiploon eut été coupée, on écarta les anses intestinales afin de voir les parties situées plus profondément. Il se trouva que le cœcum et une circonvolution de l'intestin grêle étaient adhérents derrière l'anneau crural. Delà, une anse intestinale qui, comme la précédente, n'était ni gonflée ni enflammée, se rendait vers la région lombaire gauche, où se trouvait un nœud entrelacé de l'intestin grêle adhérent, complètement immobile, et fortement enflammé.

De cet examen, il résultait déjà qu'il existait deux cas pathologiques distincts : 1° dans la région lombaire gauche, une adhérence et un entrelacement intestinal, au-dessus duquel l'intestin était fortement distendu et enflammé; 2° une adhérence de l'intestin à l'ouverture interne de la hernie qui avait été opérée. Dans ce dernier point, l'intestin était entièrement vide, aussi bien au-dessus qu'au-dessous de la partie qui était contenue dans la hernie. Il n'en était pas de même dans l'autre point. Après avoir écarté le colon transverse, je saisis la partie inférieure du duodénum, et je développai l'intestin grêle. Ses parois paraissaient épaissies; la surface séreuse adhérait çà et là par des filamens et des flocons de fibrine, entre ses tuniques (entre la séreuse et la musculeuse sur-

tout), il y avait un peu d'épanchement séreux : ces traces d'entérite augmentant dans l'iléum, où les anses intestinales étaient légèrement agglutinées. Vers le milieu de l'iléum, l'intestin prenait une teinte rouge bleuâtre, son volume avait triplé, et il était parcouru par des branches vasculaires noirâtres, dans le voisinage de l'adhérence dans la région lombaire gauche. La distension était à son maximum, et cessait brusquement en un point où une autre portion intestinale était enroulée comme un lien autour de la précédente. La distension n'était point produite par de l'air, mais par une énorme masse de liquide chymeux qui remplissait l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléum, jusqu'à la partie étranglée. L'étranglement était fermé par une partie de l'intestin grêle qui était enroulé sous forme de nœud, lequel était devenu solide et fixe par suite du développement des fausses membranes à l'endroit de l'étranglement, et au-dessous l'intestin, vide, plissé, ne contenait qu'un peu de mucus d'un blanc jaunâtre, sans odeur stercorale.

Cet intestin vide se portait au devant de la colonne lombaire, vers le côté droit, et delà plongeait dans l'excavation du bassin, contre le côté droit duquel il se trouvait maintenu : il remontait ensuite et formait plusieurs anses qui adhéraient au côté interne de l'anneau crural. Quand je voulus le détacher, il s'écoula quelques gouttes de pus, et je trouvai en cet endroit une petite anse de la soie qui m'avait servi à faire la suture, ce qui m'indiqua que là se trouvait la portion de l'intestin qui avait été étranglée. J'ouvris l'intestin un peu plus haut, et je n'y trouvai aucun rétrécissement : puis, quand je fus arrivé à l'endroit où il avait été divisé, voici ce que je vis. L'extrémité supérieure était unie à l'extrémité inférieure à l'aide d'une cicatrice unie qui n'était interrompue qu'en deux endroits, par deux points de suture qui suppuraient encore. Deux fils étaient encore adhérents et pendaient dans la partie inférieure; celle-ci remontait ensuite pour se rendre dans le cœcum, dans lequel on trouvait quelques morceaux de matières fécales durcies et du mucus blanchâtre.

Voici comment se comportaient les tuniques intestinales : au niveau de la cicatrice, la partie supérieure de l'intestin n'offrait ni renflement, ni plis jusqu'à la cicatrice, laquelle avait une demi-ligne de largeur dans son niveau. Les tuniques intestinales formaient un bourrelet dont les surfaces séreuses étaient unies par de fausses membranes formant cicatrice. Au-dessus et au-dessous, la surface externe de l'intestin était unie à la surface interne du péritoine pariétal par une couche de fausses membranes.

Observations sur le goître cystique (struma cystica); *par le docteur* BECK, *de Fribourg* (1).

Dans un ouvrage sur le goître, publié il y a quelques années (2), le docteur Beck avait émis l'opinion que le goître cystique est un goître véritable, en ce sens qu'il a pour siége la glande thyroïde : c'est à l'appui de cette opinion qu'il a publié le mémoire suivant, dans lequel il rapporte quelques faits qui lui appartiennent, en même temps qu'il analyse les travaux les plus récents qui ont paru sur ce sujet.

OBS. Ire. — J. N., âgé de 23 ans, étudiant en médecine, jouissait d'une bonne santé, mais il portait au cou une tumeur goîtreuse fort incommode. Il était fortement constitué et d'un tempérament bilieux. Jamais il n'avait eu de traces de scrofules; ses organes digestifs étaient en bon état; de temps à autre il avait des congestions vers la tête, ce qui était la conséquence de sa vie sédentaire et de son application constante à l'étude. La tumeur que le malade portait au côté droit du cou parut il y a environ six ans. Elle augmenta peu-à-peu sans qu'il survint de changement de couleur à la peau, et devint fort douloureuse. Des sangsues et des frictions avec des pommades résolutives furent employées sans succès. Je fus appelé auprès du malade il y a deux ans, et comme la déglutition et la respiration étaient gênées, je proposai l'opération, qui fut d'abord rejetée, mais à laquelle le malade se décida bientôt, à cause des progrès rapides que faisait la tumeur.

Au moment où l'opération fut pratiquée, la tumeur avait le volume du poing. Elle siégeait au côté droit du cou, et répondait au lobe droit de la glande thyroïde. Le muscle sterno-mastoïdien était déjeté, et le larynx dévié à droite. Les bords de la tumeur n'étaient pas bien limités. La partie la plus proéminente était dirigée vers le sternum, et s'enfonçait sous son bord supérieur. Une pression exercée d'arrière en avant la faisait saillir davantage. La peau était tendue, luisante, sans changement de couleur et sans

(1) Extrait du *Journal der Chirurgie and Augenheilkunde*, par Graefe et Walther, 1836, 24e vol., 3e cahier.

(2) *Ueber den Kropf. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie desselben.* Fribourg, 1833.

adhérence. La tumeur n'offrait ni bosselures ni inégalités, et elle était agitée par des battements que l'on reconnaissait évidemment pour lui être communiqués par l'artère carotide. Les veines environnantes n'étaient pas variqueuses.

La difficulté dans la respiration augmentait de jour en jour; le malade pouvait à peine monter un escalier. Le décubitus dorsal était devenu tout-à-fait impossible; le sommeil était pénible et interrompu par des accès de suffocation. La déglutition était gênée; les aliments solides pouvaient à peine être avalés. La congestion sanguine vers la tête se trahissait par la coloration vive de la figure habituellement pâle. Le malade était sujet à de la céphalalgie et à des épistaxis très-abondants.

L'opération fut pratiquée le 15 avril 1834. Une incision de deux pouces fut faite sur la peau soulevée en pli. Les fibres musculaires furent incisées sur la sonde cannelée, et les parties sous-jacentes séparées par de petites incisions jusqu'à ce qu'on fût arrivé au kyste; puis le couteau fut plongé dans la tumeur, et il s'échappa un jet de liquide brunâtre. Le doigt indicateur étant introduit dans le kyste, des ciseaux furent glissés sur lui, et l'incision agrandie en haut et en bas. Je soulevai les parois du kyste à l'aide de pinces, et j'en excisai une faible partie.

La cavité était assez considérable; elle s'étendait latéralement et au-dessus du sternum. Les parois étaient épaisses, et le kyste était contenu dans le lobe droit de la glande thyroïde qui l'entourait de toutes parts comme une capsule. Cinq bourdonnets de charpie trempés dans l'huile et retenus par des fils à l'extérieur, furent introduits dans la cavité du kyste, qui toutefois aurait pu en admettre bien davantage. La tumeur fut recouverte par des compresses froides, et le malade mis à un régime antiphlogistique.

Le 17 avril, la réaction inflammatoire commença à s'opérer, la plaie s'enflamma, et il survint de la fièvre; la respiration s'accéléra et devint pénible; la déglutition était très-gênée. (On prescrivit du sulfate de soude et la diète). Le 19, l'inflammation ayant atteint son maximum d'intensité, on pratiqua des saignées générales et locales. Le 20, des complications gastriques nécessitèrent un vomitif, et le 21 tous les phénomènes avaient beaucoup diminué.

Pendant la période d'inflammation, la cavité du kyste resta sèche. Le 20, il parut une sécrétion séreuse sanguinolente. On renouvela le pansement, et des bourdonnets de charpie trempés dans l'huile furent de nouveau introduits dans le kyste. Le 22, la sup-

puration se forma, et dès ce jour la cicatrisation marcha promptement. Le 26, des portions du kyste se détachèrent, des granulations remplirent sa cavité, les parois se rapprochèrent, et vers la fin du mois de mai la guérison fut complète, et le malade put reprendre ses occupations. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'après l'inflammation vive qui avait existé d'abord, il survint un état de torpeur locale qui força d'employer des topiques excitants, afin de ramener dans la plaie l'inflammation nécessaire à sa cicatrisation.

Obs. IIe — Dans le mois de mai 1834, on m'apporta pour mon cours d'opérations, un cadavre sur le côté droit du cou duquel j'aperçus une tumeur que je reconnus être un goître cystique, et que je disséquai avec soin.

L'individu était mort d'une phthisie laryngée et pulmonaire. Les deux poumons étaient infiltrés de masses tuberculeuses, et le larynx couvert d'ulcérations. La tumeur s'était développée sur le côté droit du cou, sans changement de couleur à la peau, avec une fluctuation assez manifeste. Les veines qui la recouvraient étaient dilatées. On disséqua la glande thyroïde, et quand on eut reconnu que la tumeur siégeait dans son lobe droit on l'ouvrit. Il s'écoula un liquide verdâtre. Le kyste dans lequel était transformé le lobe droit de la glande était formé par trois couches. La plus interne était lâche, facilement séparable, lisse, non organisée; c'était simplement un dépôt de matière fibrineuse. Une deuxième couche était formée par une membrane assez épaisse, séreuse, lisse, tellement unie à la troisième couche la plus externe, formée par la substance propre de la glande, que la séparation ne put être obtenue qu'à l'endroit de l'incision. Dans la couche la plus interne, et entre celle-ci et la deuxième, se trouvaient des particules osseuses et cartilagineuses sous formes d'aiguilles longues et grêles. La troisième couche, qui formait la majeure partie du kyste, était évidemment disposée par feuillets d'une texture serrée et d'une coloration très-foncée. Les vaisseaux avaient leur volume ordinaire. Je pense qu'ici une cellule avait pris un développement anormal; les autres cellules furent comprimées par la pression et accollées les unes aux autres comme des feuilles, après avoir été amincies et détruites. C'est de cette manière que la substance de la glande forme l'enveloppe du kyste.

Obs. IIIe. — J. T. fut reçu le 20 août 1835, dans la Clinique chirurgicale. Il portait au cou une tumeur qui s'était développée très-lentement et sans douleurs, répondant au lobe gauche de la

glande thyroïde, et de la grosseur d'une bille de billard. Elle était rénittente et offrait de la fluctuation. La peau à son niveau était saine, et les veines qui la recouvraient étaient dilatées. Une diathèse scrofuleuse qui existait chez ce malade fut regardée comme cause de la tumeur. Il avait eu des maladies scrofuleuses dans son enfance, et son ventre était resté ballonné. Du reste, il jouissait d'une assez bonne santé. La respiration était gênée, la voix altérée, et il existait un peu de toux.

Divers moyens ayant échoué, on eut recours à l'opération. Une incision ayant été faite à la peau, on divisa les couches musculaires, et on arriva au kyste que l'on perça sans qu'il eût fallu faire de ligature. Il s'écoula une grande quantité de liquide brunâtre d'une consistance oléagineuse. La plaie fut ensuite agrandie; on détacha le kyste des parties environnantes, à l'aide du manche du scalpel, et on en enleva autant que possible. Il n'y eut pas d'écoulement de sang. Le malade se sentit soulagé aussitôt après l'écoulement du liquide.

La cavité considérable du kyste qui permettait de pénétrer jusqu'au sommet du poumon gauche, fut remplie de charpie trempée dans de l'huile. Le malade fut couché dans son lit et soumis à une diète antiphlogistique rigoureuse. Il survint un peu d'inflammation que l'on combattit avec succès à l'aide de topiques rafraîchissants et de quelques légers purgatifs. Le 4e jour, 26 août, on enleva l'appareil; la plaie suppurait très-peu, et on fut obligé d'employer des topiques excitants pour favoriser la cicatrisation. Le 5 octobre, la guérison était assez avancée pour que l'on pût laisser sortir le malade, en lui recommandant de venir se faire panser tous les jours.

Il vint régulièrement, et sa plaie était en très-bon état, lorsque le 23 octobre, après avoir manqué plusieurs jours à la visite, il se présenta avec tous les symptômes d'une fièvre adynamique, à laquelle il succomba au bout de huit jours.

A l'autopsie, nous trouvâmes les intestins sains; le gros intestin adhérait au psoas gauche. En cet endroit il offrait une légère rougeur qui ne s'étendait pas à la membrane muqueuse. A la partie concave du lobe droit du foie, nous trouvâmes une tumeur jaunâtre, élastique, de la grosseur d'un œuf de poule, d'où l'on fit écouler par une incision une grande quantité d'un liquide purulent, et qui se trouvait à l'intérieur tapissée par une matière caséeuse épaisse. La cavité s'étendait presqu'à toute la substance du lobe droit du foie. Un examen attentif nous apprit qu'il avait existé trois tubercules qui s'étaient ramollis et changés en un abcès.

La région du psoas gauche nous offrit du gonflement et une coloration brune. En incisant ce muscle, on fit écouler une grande quantité de liquide purulent : les muscles de cette région étaient détruits et formaient une cavité qui s'étendait jusques aux vertèbres dorsales inférieures. Le pus avait pénétré dans le bassin, en était sorti avec le nerf ischiatique à travers l'échancrure de ce nom, avait détruit en partie les muscles rotateurs en dehors de la cuisse, et sous le fascia lata avait coulé jusque dans la région poplitée, ensorte que le plexus et le nerf ischiatique en étaient tout-à-fait entourés. Les os voisins n'étaient pas du tout malades.

La région du col fut examinée avec soin : l'artère thyroïdienne supérieure fut injectée des deux côtés par la carotide. La plaie qui était résultée de l'opération était cicatrisée à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. Au centre, il restait encore une ouverture qui avait trois quarts de pouces de longueur et plus d'un pouce de profondeur. La peau était unie en dehors au sterno-mastoïdien, au dedans aux sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien. Le tissu graisseux sous-cutané n'existait pas. Une couche de matière analogue à de l'albumine coagulée était déposée autour de la peau et en rendait les bords calleux. Un tissu mou, formé par les granulations, se trouvait dans le trajet qui conduisait dans la cavité : celle-ci admettait l'extrémité du doigt, et occupait le lobe gauche de la glande thyroïde. Ce lobe avait diminué et n'avait plus que la grosseur d'une noix, contenant une cavité vide et atrophiée. L'artère thyroïdienne supérieure du même côté n'avait pas un fort calibre, et le tissu de la glande était peu vasculaire ; le lobe droit de la glande était plus volumineux que d'ordinaire, il avait trois pouces de long. Après l'avoir mis à nu, nous trouvâmes qu'il offrait de la fluctuation : à sa partie inférieure, il était dur et comme cartilagineux. Sa vascularité n'avait pas augmenté. En l'ouvrant, nous vîmes qu'il formait un kyste analogue à celui du côté gauche ; de plus, à sa surface interne les parois étaient unies par des filamens mous, non organisés. Il était en outre tapissé par une couche de matière fibrineuse. Le reste du kyste était formé par la glande elle-même, doublée à l'intérieur par une couche séreuse, lisse et unie, qui y adhérait très-fortement.

Ici se présente une question. L'opération a-t-elle été pour quelque chose dans la mort du malade ? L'opération n'a été suivie ni d'une inflammation vive, ni d'hémorrhagie, ni de suppuration profonde ou de longue durée, ni d'accidents nerveux ; aucun organe important n'en a souffert. Si, d'un

autre côté, nous considérons que la mort est survenue dans un moment éloigné de l'opération et proche de la guérison, nous devrons reconnaître que l'opération n'a pu avoir de rapport de causalité avec la mort du malade. L'autopsie vient en outre confirmer notre opinion.

IV[e] Obs. — N. N. Schneider fut opéré le 12 août à la Clinique chirurgicale. Depuis long-temps il portait une tumeur goîtreuse qui fut reconnue pour un goître cystique. Depuis quelques semaines la tumeur augmentait considérablement, ainsi que les accidents qu'elle occasionnait du côté de la respiration et de la déglution.

Le malade était maigre et pâle, et son extérieur présentait les caractères d'une constitution scrofuleuse. Le lobe gauche de la glande thyroïde avait doublé de volume, la peau qui le recouvrait était saine, et les veines légèrement dilatées. La tumeur était élastique et offrait une fluctuation obscure. Le malade, âgé de 28 ans, était du reste bien portant.

L'opération fut pratiquée de la même manière que les précédentes. Le kyste ouvert, on le détacha des parties voisines à l'aide du manche du scalpel, et on en excisa une partie. Dès que la tumeur fut vidée, le malade se sentit soulagé, et le même jour, il put faire cinq lieues en voiture pour retourner chez lui. Le traitement consécutif ne présenta rien de remarquable, et à la fin de septembre, la guérison fut complète.

Comparant ces observations à celles publiées par d'autres médecins je puis en tirer quelques conséquences sur le siége, la nature, et le traitement du goitre cystique.

Les tumeurs cystiques sont de véritables goîtres, car elles ont leur siége dans la glande thyroide; cette opinion est fondée sur des observations attentives et des recherches anatomiques. Les observations que j'ai citées viennent à l'appui de ce que je viens de dire : le deuxième et le troisième cas sont surtout très-probants.

Heidenreich (1) définit le goître une tumeur située ou dans

(1) *Uber die chirurgische und therapeutische Behandlung des Kropfes*. In dem *Journal von Graefe und Walther*. XXIII vol., 1[er] cahier, p. 8.

la glande thyroïde ou dans le tissu cellulaire qui la recouvre. Il admet un goître cystique enkysté et un goître cystique multiloculaire ; de plus, fidèle à sa définition, il admet ces deux variétés pour le goître qui siége dans la glande et pour celui qui siége dans le tissu cellulaire.

Deux cas sont rapportés à l'appui de cette manière de voir. Dans le premier on employa le séton, et à cause de la difficulté qu'on éprouva à replacer la mèche une fois sortie, on admit un goître multiloculaire ; de plus, à cause de sa position superficielle, on regarda la tumeur comme développée dans le tissu cellulaire. Le second cas, qui fut traité par incision, était un goître enkysté.

Je me permettrai quelques observations sur cette manière de voir. L'existence d'une tumeur goîtreuse dans le tissu cellulaire qui recouvre la glande n'a pas été, que je sache, anatomiquement démontrée. J'ai souvent eu occasion de disséquer de ces sortes de tumeurs, et je les ai toujours trouvées développées dans la glande elle-même. Je doute, par conséquent, qu'il existe un goître cellulaire à la formation duquel la glande ne participe point. Mon doute est d'autant plus fondé que la glande n'a point une enveloppe particulière. La structure multiloculaire peut aussi être mise en doute pour le cas de Heidenreich, car la difficulté à passer le séton peut avoir été le résultat d'un gonflement inflammatoire, ou de la présence dans la tumeur de couches fibrineuses qui se seraient détachées des parois. Toutefois je ne nie pas l'existence de goîtres cystiques multiloculaires, car j'en ai vu moi-même, mais dans la glande et non dans le tissu cellulaire.

Il peut y avoir des tumeurs de ce genre placées superficiellement, mais toujours elles ont leur point de départ dans un des points de la glande.

Rognetta (1) rapporte un cas dans lequel une tumeur existant entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde menaçait le malade de suffocation. Une incision donna issue à un liquide

(1) *Revue médicale*. 1834.

portion du kyste peut être détachée de l'enveloppe que lui forme la glande, car l'excision d'une portion de cette dernière aggrandirait la plaie et exposerait à des hémorrhagies (1).

Influence de la grippe sur les vieilles femmes de l'hospice de la Salpêtrière. Note communiquée par M. le docteur HOURMANN.

Pour apprécier avec exactitude l'influence que la constitution médicale de la grippe a exercée à la Salpêtrière, il importe de ne pas oublier que chaque année, à l'époque de l'hiver, et du reste en toute saison, sitôt que des variations notables viennent à s'opérer dans la température atmosphérique, les phlegmasies pulmonaires les plus graves et les affections catarrhales les plus variées sévissent avec une intensité extrême sur les vieilles femmes qui peuplent cet hospice. Alors les malades affluent dans les salles de l'infirmerie, et des lits supplémentaires deviennent le plus souvent indispensables pour les recevoir toutes.

Cette année, ce n'est guères que dans les premiers jours de février que cette affluence des malades s'est fait sentir et a exigé des lits supplémentaires Mais bientôt ils ont à peine suffi aux entrées, dont le nombre sans cesse croissant a menacé d'amener un véritable encombrement.

Cette augmentation extraordinaire dans le nombre des admissions à l'infirmerie ne s'est pas d'ailleurs prolongée au-delà de du 20 février. A partir de ce jour, le mouvement des salles a repris ses phases ordinaires; le changement, sous ce ce rapport, a même été remarquablement brusque.

Voici le résumé des observations que j'ai recueillies durant cet espace de temps dans le service confié à mes soins (celui de M. Prus), et qui renfermait 84 lits.

Toutes les malades admises, à l'exception de huit (2),

---

(1) *Voyez* l'art. Cou (tumeurs cystiques du) du *Dictionnaire de Médecine*, 2e édit., t. IX.

(2) Sur ces huit malades, deux étaient frappées de ramollissement aigu du cerveau (apoplexie capillaire de M. Cruveilhier) une

étaient affectées de bronchite suraiguë, entée chez la plupart sur une bronchite chronique, et caractérisée par des accès de toux rapprochés, mais nullement spasmodiques, que terminaient une expectoration plus ou moins abondante, et dont la matière variait singulièrement sous le rapport de la consistance et des nuances de coloration. Cette bronchite, qui d'abord s'est montrée seule, n'a pas tardé à se compliquer des signes de la pneumonie, et je n'ai bientôt plus vu une seule malade qui ne présentât cette double phlegmasie pulmonaire.

Dans la première période du mouvement épidémique (du 1er au 7 février environ), alors que la bronchite se montrait encore isolée de la complication de pneumonie, les malades avaient généralement peu de fièvre ; cependant on remarquait chez quelques-unes que la peau était chaude, halitueuse, ou même couverte d'une sueur assez copieuse. Je noterai que ces femmes étaient les moins âgées (au-dessous de 60 ans).

Dès que la complication de pneumonie a éclaté, la réaction fébrile s'est déclarée, et le plus souvent avec tout le cortége des phénomènes d'adynamie qui lui sont propres chez les vieillards. La marche de la maladie avait parfois une rapidité effrayante, et s'est trop communément, comme d'habitude, montrée réfractaire aux secours de l'art les plus empressés. Je n'ai point observé de ces asphyxies subites que l'on a signalées chez quelques vieillards. Dans aucun cas je n'ai constaté la courbature contusive des membres. L'endolorissement du thorax s'est montré fréquemment sous forme de point de côté. Je n'ai rencontré qu'assez rarement la constriction de la base du thorax ; je n'ai vu non plus aucune angine.

Ce n'est qu'après le 20 février que le tube digestif m'a présenté des troubles fonctionnels qui fussent dignes d'attention. Ainsi du 21 au 22 j'ai constaté six cas de dysenterie (évacuations sanguinolentes avec ténesme et tranchées). Une

---

avait une ascite ; trois présentaient une exacerbation d'accidents dus à une lésion du cœur; deux autres sont entrées pour des douleurs rhumatismales chroniques.

seule malade a succombé. Le canal intestinal en entier, depuis l'estomac jusques et y compris le rectum, était parsemé de petits épanchements sanguins sous-muqueux qui en criblaient la surface, et dont les plus considérables ne dépassaient pas le volume d'une lentille. La membrane muqueuse elle-même était exempte de rougeur, et n'avait rien perdu de sa consistance.

Dès que j'ai eu connaissance de la découverte faite par M. le docteur Nonat, de fausses membranes au milieu du parenchyme pulmonaire enflammé dans la pneumonie qui suivait la grippe, j'ai attaché une minutieuse attention à leur recherche dans les autopsies que j'ai faites, et j'en ai fait plus de vingt. Je n'ai rien trouvé d'analogue à ce qu'a décrit M. Nonat. Les bronches, poursuivies le plus loin possible dans l'épaisseur du poumon malade, ne contenaient autre chose qu'un mucus épais, mais nullement membraniforme. Je n'ai pas même rencontré ces plaques de mucus concret que j'ai eu l'occasion d'observer quelquefois dans les cellules pulmonaires où elles sont comme incrustées, et qui sont décrites dans le troisième mémoire que j'ai publié avec M. Dechambre. (Voy. *Archives*, mars 1836). Les lésions anatomiques des poumons enflammés étaient en tout semblables à celles que j'ai constatées de tous temps chez les vieillards, depuis l'engouement simple jusqu'à l'hépatisation rouge et grise; elles n'ont varié qu'en raison des variations qu'entraîne la variation sénile du parenchyme.

D'un autre côté, je ne trouve dans les observations qui me sont propres, aucun caractère nouveau imprimé aux symptômes; ce sont toujours les mêmes troubles fonctionnels, toujours aussi la même gravité dans leur marche et leur terminaison. Toutefois, si rien n'a été changé par la constitution médicale, quant à la nature des maladies qui affectent les vieilles femmes de l'hospice pendant la saison d'hiver, il n'en est pas de même sous le rapport du nombre qui a été atteint, comme le prouve le tableau suivant, qui marque le mouvement comparatif de toutes les salles de l'infirmerie dans le mois de février en 1836 et 1837.

Mutation du mois entier de février 1836.

Entrées.	Sorties.	Morts.
—	—	—
215.	159.	83.

Mutation du mois de février 1837. — *Du* 1er *au* 20.

Entrées.	Sorties.	Morts.
—	—	—
367.	187.	131.

Ainsi le 20 février de cette année, le chiffre des malades était déjà d'un tiers plus élevé que celui de tout le mois correspondant de l'année dernière. Quant au chiffre de la mortalité, si cette année il est plus élevé aussi, il n'en conserve pas moins les proportions accoutumées avec celui du nombre des malades. C'est, en effet, toujours le tiers environ des malades qui succombe. Je renverrai encore aux Mémoires que j'ai publiés avec M. Dechambre, pour l'explication de ce funeste résultat des maladies aiguës, celles des poumons en particulier, chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

Je n'ai rien à dire des effets du traitement que j'ai mis en usage. N'ayant rien vu qui me détournât des indications ordinaires dans les maladies que j'observais, je n'ai pas dû changer les médications auxquelles j'ai l'habitude de recourir. (Voy. *loco citato*). La méthode mixte qui combine les antiphlogistiques, saignées locales et générales, aux toniques et aux légers stimulants, tels que le vin de Malaga, etc., m'a encore fourni le plus de ressources. L'ipécacuanha en lavage m'a également été fort utile comme expectorant, ainsi que le tartre stibié, toutes les fois qu'il a produit le vomissement.

La constitution médicale qui a développé la grippe ne paraît donc pas avoir eu d'autre influence sur les vieilles femmes de la Salpêtrière, que d'accroître d'une manière

extraordinaire le nombre des maladies habituellement observées dans la saison (1). Ce fait surgit d'une manière d'autant plus remarquable, que tout autour de nos vieilles malades, et dans le même moment, les jeunes femmes qui sont préposées à leur service, surveillantes et infirmières, gissaient aussi pour la plupart atteintes de la grippe, mais ici reconnaissable à tous les traits de cette physionomie nerveuse et spasmodique qui a si généralement absorbé l'attention.

Une cause identique et générale peut-elle soumettre ses effets à des conditions assez puissantes pour les faire varier ainsi, et la condition de l'âge est-elle une de ces puissances? Il y a peut-être ici un enseignement qu'il ne faut pas négliger.

Si la grippe n'était en effet *essentiellement* qu'une affection catarrhale qui se prononce spécialement sur l'appareil respiratoire ; si, comme on l'a dit, son danger ne consistait réellement que dans la propagation de la phlegmasie de la muqueuse bronchique au parenchyme pulmonaire, ne pourrait-on pas regarder, en quelque sorte, cette maladie comme endémique à la Salpêtrière, où telle est la marche ordinaire de l'inflammation des poumons, toujours imminente chez les vieilles femmes ; et quand on voit dans cet hospice la reproduction de ces mouvements épidémiques en rapport constant, moins avec le froid continu de l'hiver, qu'avec les vicissitudes de température auxquelles les vieillards se montrent si sensibles, à quelqu'époque que ce soit, la généralisation et l'intensité de cette disposition de l'atmosphère que nous subissons tous depuis un si long-temps, ne pourraient-elles pas, ainsi qu'on l'a soutenu, rendre raison de la généralisation de ses effets et de l'intensité de l'épidémie qui vient de nous frapper? Serait-il décidément besoin d'invoquer un principe *inconnu, insaisissable*, un *génie*? L'étude de la pathologie

(1) MM. Cruveilhier et Dalmas, près desquels je me suis informé, n'ont également rien aperçu d'insolite dans les phlegmasies pulmonaires qu'ils ont observées chez les vieilles femmes reçues dans leurs services. De plus, M. Cruveilhier m'a dit que jamais les saignées ne lui avaient mieux réussi que cette année.

chez les vieillards est destinée peut-être à porter quelque lumière sur plus d'un point obscur de la science, en nous découvrant les troubles morbides dans leur expression la plus simple, en les mettant à nu, si l'on peut ainsi dire, par suite de l'amortissement que les progrès de l'âge infligent à cette susceptibilité nerveuse qui suscite chez les jeunes gens tant d'épiphénomènes dans les maladies, et accidente trop souvent leur tableau au point d'en dérober le fond aux plus habiles observateurs. Je n'émets, du reste, ces idées qu'avec la réserve que commande la question, et sous forme d'une simple proposition qui n'a d'autre importance pour moi-même que de m'avoir été suggérée par les faits qui viennent de se passer sous mes yeux.

Examen de quelques opinions sur le mécanisme de la vision ; par M. A. M. LAISNÉ, *professeur de mathématiques.*

Lorsque les résultats d'une expérience répétée mille fois, et que démontrent les plus habiles comme les plus modestes professeurs, sont formellement contestés, lorsque le nom de Descartes se trouve compromis dans ces attaques, il est difficile à un ami de la science, quelque obscur qu'il soit, de ne pas élever la voix pour rectifier des erreurs. On en sent plus vivement le besoin pour celles que vient à émettre un homme distingué et qui a fait une étude spéciale du sujet qu'il traite. Or, de nouvelles idées sur la vision ont été proposées par M. Raspail (1), dont le monde savant connaît et apprécie les belles observations microscopiques ; et le crédit que son autorité pourrait donner aux erreurs qui lui échapperaient ne permet pas de les négliger. Et d'ailleurs les explications peu précises de la vision qu'offrent des ouvrages de physiologie récents et justement celèbres, laissent croire qu'il y a encore quelque utilité à rappeler les véritables principes.

(1) Voy. *Lancette franç.*, Nos du 2 août, 17 septembre et 4 octobre 1836.

Dans les articles publiés par M. Raspail, ce savant repousse l'opinion de quelques auteurs, que les objets soient vus renversés, et que nous ayons besoin du toucher pour nous habituer à les redresser sans cesse par une sorte d'instinct. Il conteste en outre la seule base donnée à cette hypothèse, l'expérience de Descartes qui établit qu'il se forme sur la rétine une image renversée des objets placés au-devant de l'œil; et, pour appuyer son assertion, il en énonce une pareille sur les images produites par les lentilles, puis il discute les opinions et les observations qui lui ont été transmises.

Distinguons bien d'abord les deux points principaux qu'il met en question : 1° l'opinion que, par la constitution de notre œil, nous devions voir les objets renversés ; 2° l'expérience du renversement de l'image qui se produit sur la rétine.

Quant à l'hypothèse qui veut qu'on voie les objets renversés, ce n'est qu'une interprétation particulière de l'expérience de Descartes, et j'en ferai très-volontiers le sacrifice. Cette interprétation peut être fausse sans nuire en rien à l'exactitude de l'expérience de Descartes ; et, pour mon compte, je pense avec M. Raspail, quoique par des motifs différents des siens, que cette opinion n'a pas de fondement assez solide. Elle n'est en effet nullement nécessaire à l'intelligence des faits observés, et ceux-ci se conçoivent même plus naturellement par un autre mode d'action. Il y a plus, ce serait une erreur que d'attribuer à Descartes, comme semble le faire le premier article cité, cette interprétation de son expérience. Descartes n'en parle pas ; il dit, au contraire, comme M. Raspail le reconnaît dans son second article, que, malgré le renversement de l'image formée sur la rétine, nous voyons les objets droits. On ne peut pas davantage accuser l'Ecole de professer généralement cette opinion. Ce que tous les auteurs professent invariablement depuis Descartes, c'est le renversement réel de l'image sur la rétine ; mais très-peu en concluent que nous devions *voir* les objets renversés. Presque tous, comme Descartes, Mariotte, Condillac, Nollet, et de nos jours MM. Magendie et Richerand, dans leurs *Traités de*

physiologie, MM. Biot et Pelletan, dans leurs *Traités de physique*, admettent que, rapportant toujours la cause de nos impressions sur les lignes suivant lesquelles elles nous arrivent, nous devons voir les objets dans leur situation naturelle. A peine l'hypothèse de la vision renversée est-elle indiquée comme possible, mais non comme *nécessaire*, dans les traités de MM. Pouillet et Lamé. Il est vrai qu'autrefois elle a eu plus de partisans, et Berkeley entre autres lui a donné de la célébrité par la manière dont il a repoussé l'argument, péremptoire en apparence, que fournissait contre elle la rectitude de la vision chez des aveugles de naissance qu'on avait rendus instantanément à la lumière. M. Raspail attaque en passant cette explication de Berkeley ; mais ici je ne puis être d'accord avec lui. L'hypothèse de la vision renversée, quoiqu'elle me paraisse peu probable, peut cependant être soutenue par quelques considérations assez plausibles, dont nous aurons occasion de dire un mot plus loin ; et, comme le dit fort bien Berkeley, l'expérience faite sur des aveugles ne prouve rien contre elle ; car si cette hypothèse était vraie, nous n'aurions aucun moyen de le constater. Quand nous voudrions porter la main *en bas*, c'est-à-dire, vers nos pieds, nous la verrions se porter du côté où nous voyons aussi nos pieds, et nulle contradiction ne se manifesterait entre le toucher et la vue. Il n'en résulterait non plus aucun inconvénient, et le toucher n'aurait rien à redresser dans les impressions de la vue, puisque, tout étant renversé à-la-fois pour l'œil, tout nous paraîtrait droit. C'est ce que Haller indique très-bien en rapportant cette idée de Berkeley, et nous devons reconnaître avec lui que cette erreur de la vue, si elle existait, serait indestructible et impossible même à constater. Mais, d'ailleurs, répétons-le, rien ne force d'admettre ce *mensonge* perpétuel de la nature à notre égard, et tout peut se concevoir autrement.

M. Raspail ne se contente pas de repousser cette hypothèse (qu'il appelle à tort cartésienne) ; mais il nie l'expérience même de Descartes, qui lui a donné naissance dans plusieurs

esprits ; et c'est ici une erreur sérieuse. Tâchons d'exposer nettement l'observation. Descartes place à une petite ouverture, seule ménagée dans une pièce parfaitement close, un œil de bœuf, ou même d'homme récemment mort, dont il a remplacé la choroïde et la sclérotique, trop opaques, par du papier ou une coquille d'œuf (c'est son expression), substances non pas *transparentes*, mais seulement *translucides*. Si l'on présente au dehors, en face de l'œil, un objet vivement éclairé, ou simplement la flamme d'une bougie, l'observateur placé dans la chambre obscure voit se *peindre* sur la surface *translucide* du fond de l'œil une image nette, mais exactement *renversée*, de cet objet, et il la voit ainsi, *non pas seulement en se plaçant dans la direction de l'axe optique de l'œil, ou à peu près, mais quelque position latérale qu'il prenne par rapport à ce fond du tableau*, cette image se voyant comme une peinture faite de main d'homme, et qui aurait une existence à part. Cette expérience a été variée de mille manières et répétée par tous les observateurs, toujours avec le même succès, soit avec des yeux de divers animaux dont la sclérotique est un peu transparente (comme on a employé récemment ceux du lapin albinos), soit en amincissant seulement la sclérotique de l'œil de bœuf, soit même en enlevant avec dextérité une portion de la sclérotique et de la choroïde, et ne laissant que la rétine derrière l'humeur vitrée. C'est un fait irrévocablement acquis, que du reste M. Raspail ne conteste pas, mais il le regarde comme une sorte d'illusion mal exprimée par les mots d'*image renversée*.

Insistons donc sur deux circonstances déjà signalées, qui détruisent son opinion : 1° si le fond de l'œil qui reçoit cette image doit être *translucide*, il n'a pas besoin d'être, et il n'est effectivement dans aucune de ces dispositions, *transparent* ; 2° l'observateur voit très-bien cette image, quelque *latérale* que soit la position qu'il occupe ; cette image n'étant pour lui que comme une *peinture* qui se manifeste par son *action propre*. M. Raspail suppose au contraire implicitement (et c'est ce que prouve aussi la figure

qu'il y joint) que la surface postérieure est *transparente* et que l'impression qu'on reçoit alors provient des rayons émanés de l'objet, qui la traverseraient librement ; après avoir traversé l'œil expérimenté, et qui se croiseraient sur cette surface avant d'arriver à l'observateur. Or, les remarques que nous venons de rappeler prouvent qu'il n'en est point ainsi ; que la lumière que perçoit alors l'expérimentateur ne vient point *immédiatement* de l'objet extérieur, mais bien de l'*image produite* par ses rayons immédiats, laquelle envoie à son tour dans tous les sens l'impression de sa forme et de ses couleurs, comme si elle existait indépendamment de l'objet dont elle est la peinture.

Nous pourrions nous borner à ces observations ; mais M. Raspail va plus loin. Pour confirmer son assertion, comparant avec raison l'œil, non pas à un microscope composé, mais à une lentille biconvexe, dont la nature un peu compliquée n'empêche pas l'action d'être simple, il soutient que les lentilles simples ne renversent pas les *images*. Ici, comme dans quelques autres passages, il y a confusion, non pas dans les idées de l'auteur, sans aucun doute, mais dans les termes qu'il emploie. Certainement, quand nous regardons un objet au travers d'une lentille biconvexe (sauf des positions extraordinaires, dont il signale quelques-unes), nous ne voyons pas cet objet renversé, mais bien droit et seulement agrandi et déplacé. Mais cela ne correspond nullement à *l'image réelle* qu'on voit sur le fond de l'œil dans l'expérience de Descartes. Le seul fait qui lui soit entièrement analogue est l'image *également renversée* que produit une lentille disposée à l'ouverture d'une chambre obscure, à la place de l'œil expérimenté, et qu'on peut recevoir sur une surface blanche quelconque, placée à une distance et dans une position convenables. Ici encore, on pourra voir cette image, quelque position *latérale*, ou même *antérieure* que l'on prenne ; et comme on peut dans ce cas se placer en avant pour la regarder, la surface qui la reçoit peut être complètement *opaque* (et non polie), l'image

se voit également par la lumière qu'elle envoie dans tous les sens. Cependant, on la reçoit encore habituellement sur une matière translucide et de peu d'épaisseur, comme un verre dépoli ou une toile mince, afin qu'on ait la liberté de se placer aussi par derrière pour l'observer ; et c'est parce qu'on ne peut prendre que cette position par rapport au fond de l'œil, dans l'expérience de Descartes, qu'il faut qu'il y soit *translucide*, pour laisser apercevoir d'un côté ce qui est *peint* sur la face opposée.

Au reste, cette production d'*images réelles* (qu'on peut recevoir et observer séparément) d'un côté d'une lentille convergente pour un objet situé convenablement du côté opposé, et leur renversement par rapport à celui-ci, sont aussi bien prévus dans tous leurs détails par la théorie, que constatés par l'expérience. Il ne sera peut-être pas inutile de rappeler à ce sujet les principes fondamentaux de l'action des lentilles, quoiqu'ils soient sans doute bien familiers à tous les lecteurs de ce recueil. Mais quand on veut éviter toute confusion dans une question scientifique, on ne peut jamais poser trop nettement ses bases.

Sans nous inquiéter du mode réel d'action de la lumière, tout le monde sait que sa transmission s'opère en ligne droite, et que les lignes droites suivant lesquelles elle agit se nomment des *rayons lumineux*. N'oublions pas qu'il part ainsi de chaque point d'un corps des rayons dans tous les sens, mais que l'action exercée suivant une seule de ces lignes droites serait tout-à-fait insuffisante pour donner une impression saisissable pour nos organes, et qu'il faut, à partir de chaque point, les actions réunies des rayons compris dans un *faisceau divergent*, plus ou moins large, pour produire un effet sensible.

Considérons maintenant une lentille biconvexe dont les deux faces soient égales. On sait qu'on nomme *axe principal* de cette lentille l'axe proprement dit de la figure, qui est perpendiculaire au plan de jonction des deux surfaces, et qui

passe par son *centre*. On sait aussi que tout faisceau de rayons sensiblement parallèles à cet *axe* (comme seraient ceux qui viendraient, dans cette direction, d'un point du soleil) qui tombent sur l'une des faces de la lentille, va sensiblement converger tout en entier de l'autre côté en *un seul point* situé sur cet axe principal et nommé *foyer principal* ou *foyer*, dont la distance à la lentille s'appelle *la distance focale*. Et il y a de même pour chaque faisceau de rayons partant d'un point de cet *axe*, toutefois de distances limitées, mais toujours supérieures à cette *distance focale*, un point situé sur cet axe où le faisceau vient sensiblement converger tout entier, à l'opposé de son point de départ, et dont la position varie avec la distance de ce point de départ. Mais ce qu'on oublie peut-être quelquefois, c'est que pour tout point situé *hors de l'axe principal*, à une distance convenable, il y a dans le faisceau lumineux qui en part un rayon (celui qui passe par le *centre* de la lentille) qui conserve sensiblement, après l'avoir traversée, la même direction qu'auparavant, et qui forme relativement à ce faisceau un *axe secondaire*, sur un point duquel ce faisceau va sensiblement converger en entier, à une distance convenable, et du côté de la lentille qui est opposé à son point de départ.

Or, quand un objet vivement éclairé est placé d'un côté d'une lentille, à une distance plus grande que la distance focale, chaque point de l'objet, envoyant sur la lentille un faisceau particulier de rayons, a pour lui correspondre de l'autre côté, un point particulier de convergence de son faisceau, et c'est à ce point de convergence que se forme et peut être reçue l'image nette du premier point. Autant il y a de points distincts dans l'objet, autant il y en a de distincts pour les points de convergence de leurs faisceaux respectifs, et par conséquent pour leurs images. Et, puisque l'image de chaque point est toujours avec ce point sur une droite, passant par le centre optique de la lentille, il en résulte clairement que l'ensemble des images des divers points d'un objet ainsi placé, ou l'image de cet objet (qui sera plus ou moins *éloignée*, et

plus ou moins *étendue*, suivant les positions respectives de l'objet et de la lentille) sera toujours *renversée* par rapport à celui-ci.

Ce résumé de l'action d'une lentille convergente pourra contribuer à rendre plus sensible l'inexactitude d'une idée que nous croyons trouver dans les articles de M. Raspail. Il compare avec raison la marche de la lumière à travers les humeurs de l'œil à son passage dans une lentille convergente. Mais la figure qu'il a placée dans son premier article, et ces mots qui se trouvent textuellement dans la deuxième « *Nous ne pouvons* « *voir que par un point* », et plusieurs autres expressions des trois articles, semblent annoncer qu'il considère comme se réunissant en *un même point* tous les rayons lumineux partis de tous les points d'un objet. Cette idée serait une erreur capitale, démentie par l'expérience aussi bien que par la théorie que nous avons rappelée. Ce ne sont que les rayons composant chaque faisceau parti d'un seul point, qui concourent en un point unique, et aux points de départ différents correspondent des points de convergence différents. Nous ne croyons pas que cette erreur existe dans l'esprit d'un observateur aussi habile, mais elle pourrait naître dans celui de plusieurs de ses lecteurs, et nous devions en signaler l'apparence.

Ainsi ce n'est point une multitude d'images de l'objet entier qui tapisseraient la rétine, comme M. Raspail le représente dans son troisième article, mais une multitude d'images de la multitude de points qu'offre l'objet, de sorte que l'ensemble de ces images partielles forme l'image *renversée* qui se *peint* incontestablement sur la rétine. Et l'objection qu'il élève dans son deuxième article sur la perception par la rétine d'une image ainsi *étendue*, qui ne donnerait, dit-il, à l'esprit que des fractions d'image, et non celle de l'ensemble, n'est pas sérieuse. Car, quelle difficulté y a t-il à ce que les perceptions recueillies par divers points de la rétine, et transmises au siège de nos sensations (quelque part qu'il soit placé) y produisent pour l'esprit l'idée de l'ensemble de l'image ou

de l'objet, comme les impressions reçues par le toucher des diverses parties d'un corps par les diverses parties de la main lui donnent l'idée de l'ensemble du corps !

J'ai discuté les considérations présentées par M. Raspail lui-même, je n'en ferai pas autant de l'opinion qu'on lui a signalée, et qu'il n'admet pas d'ailleurs, de M. *Dell'Aqua*, qui veut voir dans la rétine un miroir, tandis qu'elle n'en présente aucun caractère. Je ne m'appuierai pas non plus sur une expérience récemment présentée à l'Institut, et que M. Raspail discute et cherche à expliquer, mais dont il a écarté l'interprétation proposée par une excellente fin de non recevoir, en demandant, avec sa verve habituelle de style, comment l'esprit qui redresserait toujours les images aurait oublié une fois de le faire.

Arrêtons-nous ; car je suis déjà resté trop long-temps sur ces détails, et je n'ai pour excuse que la crainte de voir s'introduire des erreurs pour lesquelles on croirait pouvoir invoquer l'autorité d'un nom distingué. On me pardonnera cependant, et c'est peut-être pour moi un devoir après cette discussion, de dire ce que je pense qu'on doive admettre pour expliquer le mécanisme de la vision.

L'existence d'une image *réelle* et *renversée* de l'objet sur la rétine ne peut pas être révoquée en doute, et sa netteté paraît être une condition nécessaire de la vision distincte. Mais cette image n'est-elle qu'un *phénomène toujours collatéral à la vision*, celle-ci s'exerçant du reste par les impressions reçues directement des rayons émanés de l'objet ; ou bien en est-elle *l'intermédiaire obligé*, duquel seul la rétine elle-même recevrait en second ordre ses impressions ? La question reste délicate.

Cependant la première opinion, qui d'ailleurs est celle de Descartes lui-même et d'autres auteurs dont j'ai cité quelques-uns plus haut, et aussi d'un M. Polli Giovann dont parle M. Raspail, me paraît de beaucoup la plus simple et la plus probable. La rétine alors, recevant directement ses im-

pressions des rayons émanés de chaque point de l'objet, et rapportant, comme je l'ai déjà dit, la cause de chaque impression sur la ligne même suivant laquelle elle la reçoit, c'est-à-dire, sur l'axe du faisceau lumineux parti de chaque point, doit voir en haut ce qui en haut, en bas ce qui est en bas, et l'esprit n'aurait ainsi aucun redressement à opérer. C'est bien la manière la plus naturelle, adoptée par Descartes lui-même, de concevoir la vision, sans se mettre en contradiction avec l'expérience si bien constatée de ce grand homme. L'image, toujours produite en même temps sur la rétine, serait d'ailleurs un simple résultat de l'action de la lumière sur toute surface sur laquelle elle agit avec intensité, et pourrait ne servir ni ne nuire en rien à ces perceptions.

Je ne prétends point toutefois traiter avec dédain l'autre opinion, que cette image serait un *intermédiaire*, un *moyen nécessaire* de la vision, car elle s'appuie sur une considération grave. Il est en effet difficile de penser, en présence de la sagesse infinie que nous voyons régner dans toutes les œuvres de la nature, qu'un phénomène aussi remarquable que cette image se trouve nécessairement lié à l'acte de la vision sans y offrir quelque utilité. Quel serait donc alors le mode d'emploi de cette image ? Ce serait d'elle que la rétine recevrait elle-même ses impressions, par une sorte de *toucher* qui, par conséquent, présenterait à l'esprit les objets renversés. Mais, je le répète avec Berkeley, puisque cette erreur existerait pour tout en même temps, elle serait à la fois impossible à constater par l'expérience, indestructible, et sans nul inconvénient. Du reste, d'après cette espèce de *contact*, l'esprit jugerait la *forme* et les *couleurs* de l'objet par celles de l'image, la *direction* de cet objet par le *lieu* qu'occupe l'image au fond de l'œil, la *grandeur* et la *distance* de cet objet, combinées ensemble ou déduites l'une de l'autre par *l'angle visuel* sous lequel on l'aperçoit, qui se conclurait lui-même instinctivement de la *grandeur* de l'image. On voit que tout peut encore se concevoir sous ce point de vue,

et qu'il n'est pas étonnant qu'il ait été adopté par des hommes d'un grand talent, entre autres par le célèbre Euler. Mais les complications de ces calculs instinctifs, qu'il faudrait supposer que notre esprit exécute ainsi à chaque instant par une sorte de géométrie naturelle, et l'illusion irrésistible dans laquelle nous serions éternellement plongés par cet organe, me semblent laisser bien peu de faveur à cette hypothèse en comparaison de la précédente.

Quoi qu'il en soit, il reste là, comme sur plusieurs autres points de la vision, un grand mystère à scruter, qui sera peut-être à jamais impénétrable à la science. Je serai heureux toutefois, si, en rendant justice, autant que qui que ce soit, au talent de M. Raspail, j'ai rétabli avec plus d'exactitude les termes et les données de la question, et si je l'ai débarrassée de quelques difficultés.

Observations d'irrigations continues d'eau froide; recueillies dans le service de M. A. BÉRARD, *chirurgien de l'hôpital Necker, par M.* A. GODIN, *interne.*

Depuis que M. Auguste Bérard a commencé à employer à l'hôpital Saint-Antoine les irrigations continues d'eau froide, beaucoup de chirurgiens y ont eu recours avec un égal succès. Lui-même, depuis la publication de son travail à ce sujet dans les *Archives* (janvier et mars 1835), les a mises en usage de nouveau, et j'ai pu apprécier les bons effets de cette méthode thérapeutique pendant le temps que j'ai été attaché comme interne à son service, d'abord à la Salpêtrière, puis à l'hôpital Necker. Je publierai aujourd'hui comme suite au Mémoire cité, deux nouveaux faits très-remarquables choisis parmi ceux que j'ai pu observer. Ils ont fourni à M. A. Bérard le sujet de quelques remarques qui trouveront leur place dans les réflexions dont je les ferai suivre.

OBS. I.re — *Plaie par l'explosion d'une boîte de poudre fulmi-*

minte. Déchirures de la face palmaire de l'avant-bras gauche vers sa partie supérieure ; plaies contuses multiples des deux mains ; arrachement de plusieurs doigts des deux côtés et de la moitié externe de la paume de la main gauche. Amputation immédiate du pouce et du médius droits. Irrigation continuée pendant dix jours ; pas d'accidents. Guérison. — La fille Gorin (Geneviève-Victoire), âgée de 22 ans, petite, mais assez fortement constituée, était occupée à la fabrique de poudre fuminante du Bas-Meudon, le 10 juin 1836. Elle tenait une boîte en cuivre renfermant un certaine quantité de poudre, qui probablement remuée sans précaution fit explosion. La boîte fut projetée au loin, sans toutefois être brisée. Gorin ne ressentit d'abord aucune douleur, mais bientôt elle s'aperçut de l'état dans lequel étaient ses mains. Elle fut transportée à l'hôpital Necker (salle Notre-Dame, n° 8), où elle arriva cinq ou six heures après l'accident, à onze heures et demie du soir.

La main *gauche* est dilacérée dans une grande étendue ; le pouce a été enlevé avec son métacarpien ; l'indicateur ne tient plus que par quelques portions charnues. Il y a fracture du second métacarpien vers son tiers inférieur, et saillie en arrière du fragment supérieur. Les chairs, les tendons sont horriblement déchirés ; tout est noirci par l'explosion. Le médius offre deux ou trois déchirures profondes sur sa face palmaire.

Je retranchai avec des ciseaux et le bistouri les lambeaux déchirés de l'indicateur, qui seraient inévitablement tombés en gangrène, et quelques autres parties molles dont la position à la paume de la main eût trop gêné la cicatrisation. Je liai la radiale qui avait été ouverte pendant cette résection, puis une autre petite artère de la paume de la main. Je rapprochai ensuite légèrement les parties déchirées. Faute d'instruments convenables, je dus laisser la partie saillante du deuxième métacarpien.

La paume de la main, dans sa partie interne qui seule existe encore, est déjà énormément tuméfiée ; les deux derniers doigts, à part une brûlure superficielle, sont sains ; à la face palmaire de la partie supérieure de l'avant-bras gauche, est une plaie fortement contuse, large de deux pouces et demi. L'aponévrose est déchirée ; les muscles font un peu hernie. Brûlure en divers points de ce membre.

La main *droite* est moins maltraitée ; mais le pouce est fracturé en trois ou quatre endroits ; l'articulation métacarpo-phalangienne est largement ouverte ; l'espace interosseux déchiré, ainsi que l'articulation carpo-métacarpienne. Le premier métacarpien est fracturé.

Je crus devoir enlever ce pouce et son métacarpien, ce que j'exécutai en taillant un lambeau externe qui dût nécessairement être un peu court en raison du délabrement des parties molles. Aucune ligature ne fut nécessaire. Je rapprochai le lambeau, mais ne mis point de bandelettes agglutinatives, à cause de la violence de la contusion.

J'enlevai ensuite une portion saillante de la deuxième partie du doigt médius qui n'était plus recouverte par les chairs, ce qui fut fort difficile en raison du peu de prise que j'avais sur l'os à retrancher, et que je fus obligé de saisir avec des pinces pour entrer dans l'articulation de la deuxième phalange avec la première.

L'index offre à sa face palmaire une large plaie : les deux autres doigts n'ont pas été atteints. Le cou et une partie de la face sont le siège d'une brûlure superficielle avec des taches noires dues à la présence de la poudre. (Pot. diacodée ; pansement avec un linge enduit de cérat; compresses trempées dans l'eau froide : on les arrose du même liquide à époques rapprochées. (Nous n'avions pas de tubes en état de fonctionner).) Deux paillassons recouverts d'alèses soutiennent les bras de la malade.

Le 11, la malade a dormi ; pas de réaction fébrile. M. Bérard voit la malade, et fait établir l'irrigation à l'aide de deux tubes. Dans la journée, ni douleur, ni réaction fébrile.

Le 12, le gonflement de l'avant-bras gauche est augmenté ; on établit un troisième tube dont le filet d'eau est dirigé sur la plaie de la partie supérieure de l'avant-bras, tandis que les deux autres tubes partant du même seau conduisent l'eau sur les deux mains.

Le 4e, le 5e et le 6e jours de l'irrigation, la surface des plaies de la main gauche est le siège d'escarrhes superficielles. Il s'en exhale une odeur fétide, et sous l'eau qui recouvre ces escarhes on voit se former de petites bulles d'air. On a de sérieuses inquiétudes pour la conservation du membre; mais bientôt ces parties mortifiées, extrêmement superficielles, sont détachées par la suppuration qui est établie des deux côtés ; le gonflement tombe tout-à-fait. Jusqu'au 20, l'irrigation est continuée sans interruption notable. L'état de la malade est on ne peut plus satisfaisant; aucune réaction physique ; point de chagrin. Dès le deuxième jour, on donne un bouillon, puis successivement des aliments en quantité modérée.

Le 20 juin, on suspend l'irrigation. Pansement à sec; linge troué endnit de cérat qu'on recouvre de charpie. Le membre est mis à gauche dans un appareil de Scultet (sans attelle, ni paillassons). A droite, on maintient le pansement à l'aide d'une bande.

Pendant quinze jours ce pansement fut répété tous les matins. Chaque fois l'on enleva une quantité considérable de pus, et on lavait la plaie avec de l'eau aiguisée d'alcohol camphré. Bientôt la suppuration diminua, tout en conservant un caractère louable.

A mesure que la plaie marche vers la cicatrisation, la paume de la main se reforme, en partie, par le tiraillement de la peau du bord cubital vers le bord radial. Vers le trentième jour, on put mettre des bandelettes de diachylon sur la plaie de l'avant-bras; en même temps on repoussa la saillie que fait la lèvre antérieure de la plaie de la paume de la main de ce côté, à l'aide de compresses graduées placées un peu en dehors de l'éminence hypothénar. Les plaies sont toujours fort douloureuses, en particulier celle du moignon du médius droit, mais toutes se cicatrisent avec rapidité pendant les vingt premiers jours de juillet. Le lambeau externe, résultat de l'amputation du pouce droit, est déjà recollé. A gauche, la paume de la main est en grande partie réformée. Les mouvements des doigts sont très-bornés.

Le 20 juillet, frictions de cérat camphré sur les parties qui ne sont plus le siège d'aucune suppuration.

Le 11 août, des bains de bras.

Le 12 et le 14, on y ajoute du sous-carbonate de soude. M. Bérard trouvant que sous l'influence de ce moyen l'aspect de la plaie devient blafard, le fait cesser, et fait exécuter chaque jour quelques mouvements à la malade qui se frictionne aussi journellement avec du cérat camphré.

A la fin d'août, il se détache une esquille constituée par la portion saillante du deuxième métacarpien. Il se forme aussi à la face antérieure de l'avant-bras et à la paume de la main, deux petits abcès dus à la présence de fragmens de bois profondément enfoncés par l'explosion. Je les enlevai, et la cicatrisation s'opéra.

Aucun accident nouveau n'entrava la marche de l'affection, et la malade sortit le 10 septembre dans l'état suivant :

Toutes les plaies étaient fermées, à l'exception d'un point situé au bord externe de la main gauche; la cicatrice à l'entour était solide. La traction exercée par le travail de cicatrisation sur la partie de l'enveloppe cutanée restée saine, en avait diminué beaucoup l'étendue; les mouvements commencent à prendre de l'extension.

La malade se représenta à l'hôpital le 27. La plaie était entièrement cicatrisée. La surface (à gauche), de formation nouvelle, inégalement convexe, répond au bord radial de la main et n'a

guères que deux pouces et demi de circonférence; elle est lisse et polie, de couleur rouge. On y sent encore une saillie peu prononcée, formée par l'extrémité inférieure de la portion restante du deuxième métacarpien. Le médius est fortement fléchi, surtout dans l'articulation de la deuxième avec la première phalange, de manière à former une espèce de crochet dont l'extrémité est un peu tournée vers le bord cubital de la main. Ses articulations sont ankylosées, et la peau de la face palmaire de ce doigt est le siége de plusieurs cicatrices. Les deux derniers doigts ont recouvré tous leurs mouvements; la malade les oppose à la face dorsale du médius, qui cependant la gêne beaucoup. Elle peut serrer très-fortement les doigts.

La malade se sert de tous les doigts qui restent à l'autre main, avec beaucoup d'agilité.

Nous l'avous revue plusieurs fois depuis cette époque.

On a fréquemment répété cette phrase d'Abernethy : « Une opération est le plus souvent la honte du chirurgien : son grand art consiste à empêcher qu'elle ne devienne nécessaire, et à guérir le malade sans avoir besoin de ce moyen extrême. » Toutefois il est peu de chirurgiens, même parmi ceux qui sont le plus convaincus de la vérité de ces préceptes, qui n'eussent cru devoir ici sacrifier le bras ou tout au moins l'avant-bras gauche, pour sauver la malade. On peut même dire que cette conduite eût été la seule raisonnable sans le secours de l'irrigation continue; il ne fallait d'ailleurs rien moins que la ferme conviction puisée par M. A. Bérard dans son expérience, pour oser conserver ce qui restait de la main, malgré les affreux désordres dont elle était le siége. Il ne survint point d'accidents. Les seules circonstances importantes à noter, sont : 1° le gonflement qui fit des progrès à l'avant-bras gauche, jusqu'au moment où l'on fit arriver l'eau directement sur cette partie, à l'aide d'un troisième tube. Disons ici qu'en général, pour peu que la surface malade ait une certaine étendue, il vaut mieux multiplier le nombre des tubes que de faire couler une plus grande quantité d'eau par un seul canal. Dans ce dernier cas, en effet, l'eau refroidit bien les parties sur lesquelles elle tombe ; mais en

coulant sur les parties plus éloignées, elle a le temps de se réchauffer, et le résultat cherché est manqué.

2° La gangrène superficielle et les petites bulles d'air qui se dégageaient en grand nombre à la surface de la plaie. Cette dernière circonstance, tout-à-fait insolite, nous étonna beaucoup : nous craignions d'avoir affaire à une mortification profonde : l'absence d'autres accidents détourna de cette idée. Cette gangrène était nécessitée, pour ainsi dire, par la violence de la contusion, et n'influa en aucune manière sur l'affection.

Il faut avouer qu'ici le traitement fut admirablement secondé par les bonnes dispositions physiques et morales de la malade, qui conserva son appétit et sa gaîté.

La marche de cette énorme plaie, après qu'on eût cessé l'irrigation, ne fut peut-être pas moins étonnante. La suppuration, d'abord très-abondante, diminua bientôt, et la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation. Je crois qu'il est permis d'attribuer en partie ce résultat à la persistance d'une température très-élevée pendant le mois de juillet et une partie du mois d'août. Il paraîtra sans doute singulier que je vante les effets de la chaleur après avoir préconisé ceux du froid appliqué au moyen de l'irrigation; mais on doit faire à ce sujet une distinction importante.

Le *froid* ne peut être d'aucune utilité pour avancer la cicatrisation des plaies ; ainsi ce n'est pas dans ce but que l'emploie localement M. Bérard, dans l'irrigation continue. Toute plaie contuse doit suppurer ; la suppuration ne s'établit pas sans qu'une réaction plus ou moins vive se manifeste; or, c'est à retenir cette réaction dans des bornes modérées, à empêcher, dans certaines régions, l'extension de l'inflammation aux parties voisines, qu'est destiné le moyen thérapeutique dont il est ici la question. La suppuration une fois *bien* établie, il devient inutile.

La *chaleur uniforme*, au contraire, a la plus grande influence sur la rapidité de la cicatrisation. C'est un fait bien

prouvé par la pratique de M. Larrey dans l'expédition d'Egypte, par l'expérience toute récente des chirurgiens militaires à Alger, aussi bien que par les expériences directes de M. Jules Guyot. (*Archives*, juillet 1835).

Le deuxième fait que je vais rapporter n'offre pas moins d'intérêt, quoique dans un ordre différent.

OBS. II° *Tumeur blanche de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange du médius gauche. Ganglion avec corps cartilagineux dans la gaîne des fléchisseurs de ce doigt. Amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne; ablation d'une portion du ganglion. Irrigation continuée pendant cinq jours. Guérison.* — La femme Gillot, âgée de 46 ans, cuisinière, entra le 16 juillet 1836, à l'hôpital (salle Notre-Dame n° 18). Cette femme est d'une constitution un peu molle; elle a eu plusieurs enfans, presque tous morts jeunes. Il y a deux ans, elle se coupa au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange du médius gauche; bien que la cicatrisation de cette plaie eût été rapide, il lui resta un peu de gêne dans les mouvemens, et de la tuméfaction à l'extrémité du doigt. Un an après, la racine de ce doigt, restée jusqu'alors exempte de lésion, se tuméfia, et la flexion fut impossible dans l'articulation métacarpo-phalangienne. Toutefois, la malade s'en servait comme elle pouvait, heurtant fréquemment ce doigt qui restait toujours allongé, et calmant la douleur qui résultait de ces chocs, par des applications émollientes. Quinze jours enfin avant son entrée, elle se brûla le bout du doigt avec un fer chaud. Il s'ensuivit de l'inflammation au niveau de l'article déjà malade; une petite perforation s'établit et resta fistuleuse.

A son entrée, le médius était dans l'état suivant : tuméfaction considérable de tout l'organe, dont l'extrémité est d'un rouge livide. Les plis de la deuxième avec la troisième phalange sont effacés, et à la face dorsale du doigt, au niveau de l'articulation, existe une ouverture fistuleuse par laquelle on introduit facilement un stylet qui pénètre jusqu'à la face palmaire où on peut le sentir sous la peau. Les os sont à nu, les surfaces articulaires et les ligamens sont détruits, comme on peut s'en assurer en imprimant des mouvemens de latéralité très-étendus à l'extrémité du doigt. L'articulation de la deuxième avec la première phalange, quoiqu'un peu tuméfiée, paraît exempte d'altérations profondes, mais au-dessus d'elle, à la face palmaire du doigt qui est également très-tuméfiée, sensation obscure de crépitation, qu'on retrouve

plus évidente à la base du doigt dans la paume de la main. Cette sensation caractéristique, jointe à la fluctuation qu'on peut percevoir en appliquant deux doigts, l'un sur la partie inférieure de la paume de la main, l'autre sur la partie supérieure de la face palmaire du doigt, et en pressant alternativement avec l'un ou l'autre, ne permet pas de méconnaitre l'existence d'un ganglion renfermant des corps cartilagineux.

Les ganglions lymphatiques qu'on trouve au-dessus du pli du coude et dans l'aisselle, sont un peu tuméfiés, mais l'état général de la malade, très-satisfaisant, fait penser qu'ils ne sont affectés que par suite d'une irritation chronique déterminée elle-même par la maladie du médius. (Cérat opiacé sur le doigt; repos.)

Le 19 juillet, la malade qui n'a pas été à la selle depuis le 16, a plusieurs évacuations abondantes sans coliques.

Le 20, ces accidens ne s'étant pas reproduits, on ne croit pas devoir retarder l'ablation des parties malades. L'amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne est pratiquée par la méthode à deux lambeaux. A peine le bistouri est-il arrivé dans la paume de la main, qu'on voit s'échapper à travers l'incision, une multitude de grains ovoïdes un peu aplatis, de consistance plus forte que celle du cristallin, presque cartilagineux, et semi-transparents. L'opération terminée, il en sort encore une plus grande quantité à mesure qu'on presse de haut en bas sur la gaîne des fléchisseurs. On en retire quelques-uns avec des pinces. La cessation du jet de sang immédiatement après l'opération ne permit pas la ligature des vaisseaux : on reporta la malade à son lit; mais à peine y fut-elle amenée, qu'il survint une hémorrhagie en nappe, très abondante. On lia à grand'peine trois petites artères, et chaque fois qu'on dut serrer les fils, la malade manifesta une douleur des plus vives, qui se prolongea ensuite assez long-temps. L'*irrigation* est de suite établie.

Dissection du doigt enlevé. — Les cartilages de l'articulation de la troisième avec la deuxième phalange ont disparu. On trouve au niveau de l'articulation, une petite portion d'os nécrosée et isolée. Les parties molles environnantes sont le siége de la dégénérescence connue sous le nom de fongosités des membranes synoviales; celle de leur surface qui répondait auparavant à la cavité articulaire est tomenteuse, fortement injectée. L'os, jaunâtre, se coupe avec facilité; il n'y a pas cependant de carie à proprement parler. L'articulation de la deuxième avec la première phalange n'est pas altérée, mais au devant de la première phalange, on remarqua une partie de la poche qui contenait les grains cartila-

gineux, et les tendons fléchisseurs parfaitement sains. Cette poche n'est elle-même qu'une dilatation de la gaîne synoviale des fléchisseurs, qui offre à sa partie inférieure la même dégénérescence fongueuse indiquée plus haut et a une épaisseur de plus d'une ligne. Quelques-uns des corps cartilagineux adhèrent aux tendons fléchisseurs à l'aide d'un pédicule mince. Des traces de pédicule existent aussi sur un certain nombre de ceux de ces grains qui étaient libres dans la poche. Au niveau de l'amputation, l'os et les parties molles sont exempts de lésions.

Dans la journée du 20, sous l'influence de l'irrigation, la douleur diminue d'abord, puis disparaît. Quelques frissons. La malade s'endort; pas d'accélération du pouls le soir.

Le 21, les bords de la plaie sont naturellement rapprochés en haut; le reste de la surface de ces bords qu'on a laissés écartés pour déterminer la suppuration du kyste n'est pas rouge; la main n'est point chaude. (Bouillon.)

Le 22, l'irrigation a été plusieurs fois interrompue pendant la nuit, soit par la malade pendant son sommeil, soit par la négligence de la veilleuse. On trouve ce matin, la main et le bras fortement échauffés; il y a quelques douleurs; la face est un peu altérée. Pas de soif; langue humide blanchâtre, pas de selles depuis le 19 (lavement.) Dans l'après-midi, vers quatre heures, rougeur érysipélateuse du dos de la main et de l'avant-bras; douleurs vives. On applique trente sangsues au poignet tout en continuant l'irrigation. La malade est soulagée, la rougeur pâlit.

Cependant, le 23, le gonflement et la chaleur persistent surtout au-dessus du poignet; la rougeur reparaît, il y a eu du frisson hier. Le filet d'eau fourni par un seul tube, étant insuffisant pour combattre la tendance à l'inflammation qu'offre le poignet, on place un deuxième tube dont le courant est dirigé sur la partie inférieure de l'avant-bras.

Dans la journée, frisson intense et prolongé qui cesse pendant l'assoupissement dans lequel la malade tombe à quatre heures. Le pouls est à 80 pulsations. Le lavement d'hier n'ayant pas déterminé de selles, on en prescrit un autre avec addition de miel mercurial ℥ j. Cependant la langue est belle, la malade assure avoir bon appétit.

Le 24, une selle hier. La nuit a été bonne; appétit, pouls à 65. (Œufs frais, potage.)

Le 25, la suppuration est bien établie dans la plaie dont la partie dorsale a ses bords rapprochés. Peu de gonflement; plus

de douleur. Le soir on supprime l'irrigation. Pansement simple sans rapprocher les bords de la plaie. (Lavement *ut suprà*.)

Le 1er août, l'une des lèvres de la partie dorsale de la plaie se renversant en dehors, on fixe sur cette lèvre, à l'aide du diachylum, une petite compresse destinée à la refouler.

Les jours suivans, la place se cicatrise complètement à l'exception d'un petit pertuis dans lequel l'introduction d'un stylet fit reconnaître une portion d'os à nu. Toutefois, quand la malade veut sortir le 27 août, il reste à peine un léger suintement par le point indiqué.

La double opération évidemment indiquée ici par l'état des parties, pouvait être pratiquée de deux manières : l'amputation dans l'articulation des deux premières phalanges, et l'incision du kyste, d'une part; de l'autre, l'amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne, semblaient devoir amener le même résultat; savoir, l'ablation de l'article malade et l'oblitération du ganglion. Par le dernier mode opératoire, préféré en raison de l'étendue du kyste dans la paume de la main, on enlevait une partie des parois de ce kyste, et on rendait par là même sa guérison plus assurée. En suivant l'autre procédé, on aurait eu pour tout avantage la conservation de la première phalange du doigt, ce qui eût pu être dans le cas présent, plus gênant qu'utile, puisque, par le fait de l'incision et de la section des tendons, les mouvements devaient être à-peu-près complètement perdus.

En outre, la dissection de la tumeur a démontré que les fongosités s'étendaient plus haut que l'articulation des deux premières phalanges. Par conséquent, si l'on eut d'abord amputé dans cette articulation, il est probable que l'on eût été obligé de reporter le bistouri plus haut.

Ce n'est pas sans raison non plus qu'on a fait usage dans ce cas de l'irrigation continue. Indépendamment du danger qui accompagne presque constamment les amputations simples dans la contiguité des doigts, l'on sait combien est grave l'incision des kystes ganglionnaires de la paume de la main, ou plutôt de la gaîne des fléchisseurs. Dans la plupart des cas où

cette opération a été pratiquée, quand la mort n'en a pas été la suite, les blessés ont au moins éprouvé des accidents extrêmement graves, et ont failli en être les victimes. C'est pourquoi tous les praticiens rejèttent cette opération dans l'immense majorité des cas. M. Bérard a déjà, dans son travail sur l'irrigation, publié un cas où il guérit, par l'excision d'une portion du kyste, un ganglion situé à la face antérieure du poignet. Aucun accident n'entrava la guérison. Si, chez la femme Gillot, où l'irrigation fut employée comme chez la malade dont il vient d'être question, il se manifesta un commencement d'érysipèle et des douleurs, on doit certainement l'attribuer à l'interruption de l'application du moyen thérapeutique, et non à son inefficacité. Du reste, ces accidents, combattus avec un succès incomplet par des sangsues, cédèrent bientôt à l'emploi d'un deuxième courant d'eau. Ce fait doit engager à ne pas craindre de placer d'emblée plusieurs tubes, non-seulement dans les cas où la lésion est étendue, mais encore dans ceux où, bornée à une petite surface, elle peut, par ses rapports avec les parties voisines, devenir pour elle une cause d'inflammation dangereuse.

Aussi M. Bérard emploie-t-il toujours l'irrigation dans les plaies par arme à feu ou par arrachement des doigts, ainsi que dans les amputations de ces organes, comme il l'a fait encore avec succès il y a un mois. La disposition toute particulière des gaînes des fléchisseurs, qui permet si facilement le transport de l'inflammation à la main et à l'avant-bras; la gravité de cette inflammation qui, si elle n'entraîne pas la mort du sujet, laisse au moins une gêne pénible pour l'exercice des fonctions du membre, rendent ici la prudence indispensable, et justifient les préceptes établis par M. Bérard. Il vaut mieux employer l'irrigation pour un cas qui aurait guéri sans elle, que d'avoir à regretter de ne pas y avoir eu recours.

Ainsi, par exemple, au mois d'octobre dernier, un homme de 50 à 60 ans entra à l'hôpital pour une plaie par écrasement qui lui était arrivée la veille. Il avait été pansé; deux

doigts seulement étaient affectés ; le malade ne souffrait pas. On ne crut pas devoir mettre en usage le courant d'eau froide. Le premier jour, il ne se manifesta aucun accident; mais bientôt, malgré un repos absolu, le doigt le plus malade se tuméfia ; il se forma du pus qui fusa vers la main; des abcès furent ouverts, et au bout de près de deux mois, quand le malade voulut sortir, il portait des ouvertures fistuleuses à la face palmaire du doigt et de la main, et les mouvements étaient fort gênés.

Presqu'à la même époque nous avions dans les salles un charretier âgé de 31 ans, qui était entré pour un écrasement des trois derniers doigts de la main gauche ; les ongles avaient été arrachés, l'articulation de la dernière phalange de l'annulaire avec la deuxième était largement ouverte. Le malade soumis à l'irrigation guérit sans aucun accident.

En ce moment encore est couché dans le service de M. Bérard, un enfant de quinze ans qui, ayant eu la main prise dans une roue d'engrenage, eut, outre plusieurs plaies profondes et des fractures des phalanges, la moitié inférieure de la dernière phalange des deux doigts en grande partie enlevée. J'étais de garde; je dus enlever avec des ciseaux les parties qui pendaient, et je soumis le membre à un courant d'eau froide. M. Bérard le fit continuer pendant dix jours. La suppuration s'établit sans aucun accident, et le malade est en voie de guérison.

Ces deux derniers cas étaient bien autrement graves que le premier, et cependant leur marche a été toute différente. De tels faits n'ont pas besoin de longs commentaires.

Je terminerai cette note par quelques mots sur l'emploi de l'irrigation dans le cas de plaies de parties volumineuses ou de lésions profondes, telles, par exemple, que des plaies du genou, des fractures comminutives des membres. Les faits me manquent pour résoudre cette question. M. A. Bérard pense qu'on préviendra l'inflammation avec autant de succès dans les parties profondes que dans les parties superficielles,

si l'on emploie un nombre de tubes suffisant. Quant à cette objection présentée par quelques praticiens, que parfois pendant l'emploi de l'irrigation, il survient dans la profondeur des parties, des abcès qu'aucun phénomène de réaction ne fait soupçonner, on peut répondre, 1° que ces abcès sont fort rares, car M. Bérard n'en a jamais rencontrés; 2° que dans les cas où on les a vus se former, il est probable qu'on ne doit pas les attribuer à l'irrigation, mais bien plutôt aux lésions antérieures qui, sans ce moyen thérapeutique, eussent déterminé des accidents bien autrement formidables.

De l'irrigation dans le traitement des tumeurs blanches.

Tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne; irrigations continues multiples. Guérison complète. — Lahaye, âgé de 16 ans, cultivateur, d'un tempérament lymphatico-sanguin, fut pris, le 15 mai 1834, à la suite d'un refroidissement subit, le corps étant en sueur, d'une tuméfaction et d'une douleur aiguë du genou droit. Un bain très-chaud enleva le gonflement et la douleur; mais dans la même journée l'articulation radio-carpienne se prit. Pendant plusieurs jours il continua ses travaux, malgré la douleur et la difficulté qu'il éprouvait à mouvoir le poignet. Le médecin qu'il consulta prit l'arthrite rhumatismale pour une entorse, et la traita par les résolutifs. Le mal ne fit qu'augmenter, et cinq mois après le jeune homme pouvant à peine remuer le bras et le poignet, vint à la consultation. On fit appliquer quatre vésicatoires volants et dix-huit sangsues autour de l'articulation malade. Le 10 décembre, il entre à l'hôpital : articulation du poignet considérablement tuméfiée, surtout à la face dorsale; peau blafarde; douleur vive et exagérée; pas le plus léger mouvement; les doigts et les mains sont presqu'immobiles. Après six applications successives de sangsues, dans l'intervalle desquelles on promenait des vésicatoires volants autour de l'articulation malade, la tumeur blanche resta stationnaire. La main fut placée sur une palette, et une compression méthodique établie depuis le pli du coude jusqu'à l'extrémité des doigts. Le pouce seul resta libre. Il se plaignit de ressentir une douleur vive à la partie antérieure du poignet; on sentit une fluctuation bien manifeste, et une incision d'un pouce et demi d'étendue donna issue à un pus d'assez mauvaise nature. On continua de panser la plaie simplement, la main toujours étendue sur la pa-

lette, jusqu'à la palette, jusqu'à la fin de janvier. A cette époque, le gonflement s'accrut beaucoup; toute la main participait à l'inflammation; la suppuration était très-abondante; fièvre intense: doigts complètement immobiles. (Sangsues sur la face dorsale de la main). Tous les modes de traitement mis en usage dans des cas semblables ayant échoué, il ne restait plus que l'amputation de l'avant-bras. Mais avant d'en venir à cette extrémité, M. Bérard aîné voulut essayer l'irrigation continue d'eau froide. Le 20 mars, l'appareil fut placé et maintenu pendant cinq jours. La tuméfaction diminua, les douleurs se calmèrent, et la tranquillité que le malade avait perdue depuis plusieurs jours, reparut.

Quinze jours après, l'amélioration se soutenait. On fit une nouvelle irrigation de cinq jours de durée, et les symptômes diminuèrent encore. On soumit l'articulation à quatre autres irrigations de cinq jours de durée chacune, et à quinze jours d'intervalle. Le mieux augmenta. Le 20 juin, après un séjour de six mois et demi environ, le malade demanda sa sortie; la plaie n'était pas entièrement fermée, et donnait à la pression quelques gouttelettes de pus de bonne nature. De retour chez lui, il fit encore cinq irrigations seulement pendant la journée: il les continua cinq jours de suite, et de quinze jours en quinze jours. Au mois d'août, la plaie était complètement cicatrisée; le gonflement et la douleur avaient disparu. Le poignet offrait, ainsi que tout le membre thoracique du même côté, une atrophie assez prononcée dépendant du défaut d'exercice. Les mouvements étaient plus faciles et la faiblesse un peu moindre. Pendant l'hiver, il continua les bains locaux tièdes faits avec des plantes aromatiques; il y laissait le membre pendant sept heures. Le mouvement revint graduellement dans la main et les doigts. Au mois d'avril 1836, il commença à se servir de sa main. Je l'ai vu le mois dernier (juillet) dans les champs; les doigts sont très-flexibles et jouissent de toute leur mobilité; la main conserve un peu de roideur. L'articulation radio-carpienne, qui d'abord avait présenté une immobilité complète, se meut imparfaitement: l'exercice lui rendra très-probablement sa mobilité première; le membre thoracique a repris sa forme et son volume normal.

Nous avons transcrit ce fait des plus importants, avec tous les détails dont l'entoure M. Ichon, auteur de la dissertation où nous l'avons puisé. (1). L'irrigation momentanée, dit-il,

(1) *De l'irrigation continue d'eau froide dans le traitement des*

détermine une réaction salutaire, redonne aux parties la souplesse et le ton qu'elles avaient perdus. Peu importe une explication qui ne semblera pas à tout le monde une déduction rigoureuse des phénomènes observés dans le seul fait sur lequel elle est basée ; mais le fait n'en reste pas moins. Il suffit de le présenter à l'attention des praticiens comme un des plus beaux résultats dont la chirurgie puisse s'énorgueillir. De nouvelles observations viendront sans doute confirmer ou infirmer cette unique observation. A la vérité, M. Ichon rapporte deux autres cas où l'amélioration fut très-grande ; malheureusement les malades n'ont pu être suivis jusqu'à guérison complète.

Il est probable aussi que l'irrigation ne doit pas être très-utile dans les tumeurs blanches qui débutent par les os. C'est sans doute dans celles qui commencent par les parties extérieures de l'articulation, dans celles dites rhumatismales, que son action sera puissante.

Si les liens articulaires sont affaiblis au point de ne pas

---

plaies des articulations et des tumeurs blanches; par Ch. Ichon. Thèse. Paris, 1836, *N°* 273. Cette dissertation contient aussi plusieurs observations de plaies graves des mains, de l'articulation tibio-tarsienne, guéries par le secours de l'irrigation. Toutefois, dans un cas de plaie largement pénétrante du genou avec fracture de la rotule, l'irrigation n'empêcha pas la suppuration de survenir et un abcès de se former. Le malade n'ayant pas voulu se laisser amputer, succomba. Le cas, il faut le dire, était des plus graves; et d'ailleurs l'insuccès des autres méthodes thérapeutiques dans des cas de ce genre, ne permet pas de rejeter ici l'irrigation d'après un seul fait défavorable. On trouve d'ailleurs, dans une autre dissertation : *De l'emploi de l'eau froide dans le traitement des plaies, par* E. Roberty, 1836, Paris, N° 323), le résumé de plusieurs observations d'irrigations recueillies dans le service de M. Breschet, et entr'autres celle d'une large plaie pénétrante du genou, traitée avec le plus grand succès. On voit aussi dans le travail de M. Roberty, que M. Breschet a employé plusieurs fois l'eau froide avec un grand avantage après les amputations des membres.

permettre aux malades de se servir du membre affecté, l'irrigation peut en resserrer les tissus, comme l'a dit *Lombard*. Le fait suivant que l'auteur emprunte à l'une des leçons cliniques de M. Gerdy, en est une preuve. L'an dernier, ce chirurgien traita par l'irrigation continue, une jeune fille affectée de tumeur blanche du genou. La maladie avait fait des progrès tels, que les ligamens de l'articulation étaient ramollis, et que les mouvemens n'étaient plus possibles dans aucun sens; sous l'influence de l'eau froide, les liens articulaires se raffermirent, le volume du genou dimiuua considérablement, la station et la progression, peu prolongées, il est vrai, commencèrent à s'exécuter. La malade fut alors enlevée à l'observation du professeur, mais il ne doute pas que plus tard elle n'ait pu se servir de son genou, comme de celui du côté opposé. A. G.

REVUE GÉNÉRALE.

Physiologie.

EXPÉRIENCES SUR LA LIGATURE DES ARTÈRES CAROTIDES ET VERTÉBRALES, ET DES NERFS PNEUMOGASTRIQUE, PHRÉNIQUE ET GRAND SYMPATHIQUE; *par sir Astley Cooper*. — Les chiens et les lapins se ressentent à peine de la ligature des artères carotides, et en guérissent parfaitement; mais Astley Cooper a encore expérimenté sur les artères vertébrales. Celles-ci semblent plus directement destinées à fournir au cerveau le sang qui lui est nécessaire. Leur ligature, chez les lapins, rend la respiration de ces animaux immédiatement laborieuse. Ils sont comme hébêtés, ont de la répugnance à se mouvoir et à prendre des alimens, et ne survivent jamais au delà d'une quinzaine de jours. C'est donc en raison de leur importance, que les artères vertébrales ont leur trajet creusé dans une tige osseuse, autrement leur compression pourrait causer une mort subite : de cette manière aussi, elles ne peuvent pas devenir par trop volumineuses. Elles sont flexueuses pour prévenir l'abord trop subit du sang vers la tête. La compression simultanée des artères carotides et vertébrales du lapin,

par l'application des pouces sur les deux côtés du cou, la trachée restant libre, suspend la respiration. Ce fait est encore mieux démontré par l'application de ligatures autour des quatre vaisseaux. Si on les serre en même temps, on voit la respiration s'arrêter, et la mort en est le résultat immédiat. Si l'expérience est pratiquée sur un chien, il perd toute volition, toute sensation, et paraît comme empoisonné ; mais les vaisseaux anastomotiques rétablissent graduellement la circulation, par le moyen des autres branches de l'artère sous-clavière au dos et sur les côtés du cou. Comme dans ces expériences, la compression éprouvée par les nerfs pouvait avoir eu quelque influence sur les résultats, sir Astley Cooper désira voir l'effet des ligatures sur les nerfs seuls. Il lia d'abord les nerfs pneumogastriques. Le résultat de cette expérience fut peu différent de ceux qu'ont obtenus les autres expérimentateurs. L'animal vécut douze heures. Ses poumons étaient gorgés de sang ; du sang veineux fut trouvé dans les carotides, et circulait dans les artères quelque temps avant la mort : le sang perdait graduellement ses qualités artérielles, et cependant le cœur continuait à battre. Il y avait une diminution remarquable de la chaleur animale. Quand l'animal mangea après l'opération, on trouva des alimens dans l'œsophage, ce qui montrait qu'il était paralysé. L'estomac était rempli à cause de l'arrêt de la digestion, (il faut se rappeler à ce sujet que d'autres physiologistes n'attribuent pas à la même cause cette plénitude de l'estomac et de l'œsophage). La ligature des nerfs phréniques produisit l'asthme le mieux caractérisé. La respiration procédait des muscles intercostaux : sous leur influence, la poitrine s'élevait au plus haut degré et descendait d'une manière remarquable dans l'expiration. Les animaux ne vivaient pas une heure, mais ne mouraient pas subitement comme après la ligature des vaisseaux, dont il a été question. La ligature du grand sympathique eut des effets très-marqués. Un lapin sur lequel elle avait été pratiquée, fut tué au bout de sept jours ; le nerf était ulcéré. Un autre était encore vivant au bout d'un mois. Enfin, sir Astley Cooper lia simultanément des deux côtés les trois nerfs pneumogastrique, phrénique et grand sympathique ; l'animal ne vécut qu'un quart d'heure : il mourut de dyspnée. Par conséquent, dit l'auteur, la mort subite que produit la compression des côtés du cou, ne doit pas être attribuée à la lésion des nerfs ; elle est le résultat de l'empêchement apporté au cours du sang, vers le grand centre de l'influx nerveux. (*Guys, hospital reports*, n° III, sept. 1836.)

Anévrysme de la portion sous-diaphragmatique de l'aorte : *Guérison par la méthode de Valsalva. Obs. par Odoardo Linoli, professeur, etc.* — Angiolina C., paysanne, âgée de vingt-trois ans, de constitution saine et robuste, mais très-irritable, éprouva tout-à-coup une douleur vive et profonde dans l'abdomen, en soulevant une charge d'herbe. Au bout d'un an, il s'établit des pulsations entre l'estomac et l'ombilic. Ces pulsations devinrent plus incommodes de jour en jour; elles augmentaient lorsque la malade avait mangé abondamment, et les aliments étaient rejetés, mais sans effort. Les vomissements n'avaient pas lieu lorsqu'elle avait peu mangé. Dans le mois de novembre 1833, Angiolina eut une pleurésie. Le 3 décembre de la même année, elle fut prise des symptômes d'une fièvre inflammatoire.

A partir du 24 août, elle avait éprouvé un malaise général qui s'était accru progressivement, s'était compliqué de l'apparition des pulsations anormales indiquées ci-dessus, et avait été suivi d'un état œdémateux des pieds. Les symptômes de fièvre inflammatoire furent facilement dissipés, et bien que la santé générale se rétablit, les pulsations de l'aorte ventrale ne firent que s'accroître, et il se manifesta, entre l'épigastre et l'ombilic, une tuméfaction légère, mais très-visible.

Sans qu'on ait pratiqué le toucher, rien n'indiquait que ces pulsations fussent liées à une altération organique de l'utérus ou de ses dépendances. On ne trouvait aucune induration dans la portion de l'abdomen qui correspond à ces organes. La malade n'y avait jamais éprouvé aucune douleur, et elle n'avait jamais été atteinte de leucorrhée. La fraicheur de cette fille et l'état satisfaisant de sa santé générale ne permettaient guère de soupçonner l'existence d'une tumeur cancéreuse de l'estomac, du pancréas, du mésentère, du foie ou de la rate, ou quelque lésion organique des reins. La malade vomissait, il est vrai, mais seulement quand elle avait mangé abondamment. Alors, les pulsations devenaient très-fortes, comme si elles eussent été réveillées par la pression de l'estomac sur l'aorte qui venant heurter violemment contre ce viscère y déterminait un mouvement anti-péristaltique. Les aliments vomis n'étaient mêlés d'aucune matière particulière, n'avaient aucune odeur désagréable et les vomissements n'avaient pas lieu quand la malade mangeait peu et souvent et qu'elle fesait usage d'aliments légers. Les digestions étaient bonnes, car les excrétions alvines et l'émission des urines se fesaient normalement. En un mot, il n'existait aucun des symptômes d'une affection can-

céreuse, soit de l'estomac, soit des autres viscères de l'abdomen. Mais ces pulsations pouvaient-elles être considérées comme un phénomène nerveux?

Entre l'épigastre et l'ombilic on voyait manifestement une tumeur arrondie. Si l'on plaçait la main légèrement sur cette tumeur, on sentait des pulsations très-marquées dans toute son étendue. Si la pression était plus forte, les pulsations s'exerçaient avec plus d'énergie contre la main. Si on augmentait encore la compression, la malade était prise d'une suffocation qui, en peu de temps, allait jusqu'à la syncope. Lorsque l'on exerçait une compression énergique au-dessous de l'ombilic la tumeur augmentait de volume. Si cette pression était continuée, non seulement la malade se sentait suffoquer, mais encore elle éprouvait une sensation de déchirement et il lui semblait que la tumeur était sur le point de se crever. Si l'on persistait plus long-temps elle perdait complètement l'usage de ses sens. Lorsqu'on exerçait cette pression sur les artères brachiales sous-clavières et carotides, les battements du cœur et ceux de la tumeur augmentaient considérablement et la malade s'écriait: « Ne me serrez pas davantage, je me sens mourir. » Sous l'influence de cette pression, la tumeur devenait plus volumineuse. La malade éprouvait dans le lieu occupé par la tumeur une sensation douloureuse qu'elle ressentait également en arrière au niveau des vertèbres-lombaires correspondantes, et qui parfois ne lui laissait pas un instant de repos. L'oreille appliquée sur la tumeur percevait un bruit clair, sonore, qui ne laissa aucun doute sur la présence d'une tumeur anévrysmale, car ce symptôme n'existait point chez deux femmes qui avaient présenté des pulsations abdominales.

La malade fut traitée d'après la méthode de Valsalva: On ne lui accorda pour aliments que des substances liquides dont on diminua progressivement la quantité, et de l'eau pure pour boisson. On lui prescrivit la position horizontale, un repos parfait du corps et de l'esprit; tous les deux jours une saignée, d'abord de huit onces, puis de six, de quatre et enfin de deux onces; en tout, huit saignées. On administra la digitale pourprée, tantôt en substance, tantôt en infusion à doses progressives depuis douze grains jusqu'à un gros. Sous l'influence de ce médicament, le pouls devint d'abord intermittent, puis régulier, mais fort petit. Les battements du cœur étaient à peine appréciables. La malade était dans un état de prostration générale: pupilles très dilatées; yeux étincelants; les pulsations de la tumeur avaient à peine diminué, bien que l'action du cœur et des artères fut presque éteinte.

On suspendit l'usage de la digitale. Deux jours après, le pouls se releva, mais les pulsations de la tumeur restèrent les mêmes. La digitale ayant été reprise, le pouls s'effaça de nouveau; la tumeur commença à battre avec moins d'énergie et son volume diminua d'une manière notable. Cette amélioration continua d'une manière progressive. Tous les mois on appliqua des sangsues à la vulve. La malade étant tourmentée par une insomnie continuelle, on lui fit prendre quelques grains de jusquiame de temps en temps. On eut recours souvent aux purgatifs huileux et aux lavements laxatifs. Des glaces constituèrent toute l'alimentation.

Après plusieurs mois de ce traitement, la malade se trouvait dans un état extrêmement favorable. La tumeur avait considérablement diminué de volume et ses pulsations étaient peu marquées. La malade commença à se lever le 24 avril 1834, et à faire quelques pas dans sa chambre. Elle se leva ainsi tous les trois ou quatre jours. On augmenta peu à peu son alimentation; on revint de temps en temps à la digitale; les règles reparurent. Alors, se croyant complètement guérie, Angiolina reprit ses habitudes, négligea toute espèce de soins, et se livra à des écarts de régime et à des exercices corporels très-violents.

Le 24 août de la même année, les symptômes décrits ci-dessus se reproduisirent : fièvre, anxiété, menace de suffocation. On fit une saignée de vingt onces, qui fut suivie d'une amélioration. Mais la tumeur avait repris son ancien volume, et ses pulsations toute leur énergie. La malade fut soumise de nouveau au traitement d'après la méthode de Valsalva. Les extrémités devinrent froides et œdémateuses. Il y eut des alternatives de bien et de mal. La tumeur acquit un volume plus considérable, et s'éleva en pointe entre l'épigastre et l'ombilic; ses pulsations étaient visibles à l'œil nu, même à travers la chemise et le drap qu'elles soulevaient. Toutefois, on persévéra dans le traitement, et l'on insista principalement sur l'emploi de la digitale et de l'opium. Alors, il se fit une amélioration progressive. La tumeur disparut complètement, et ses pulsations cessèrent d'être appréciables. La malade se leva le 26 juin 1835. Sa guérison a été durable cette fois. (*Annali universali*, décembre 1836, p. 440.)

INSUFFISANCE DES VALVULES SYGMOÏDES AORTIQUES. (*Recueil d'observations sur l'*); par *L. J. Charcelay*. Thèses de Paris, 1836, nº 283. — Nous avons donné en 1834, dans les *Archives* (IIe série, tom. V, page 325), une analyse détaillée de la dissertation publiée par M. A. Guyot. M. Charcelay publie dix nouveaux cas de cette

maladie encore peu connue, et en rapproche un assez grand nombre d'autres épars dans les auteurs et les journaux scientifiques. Ce recueil sera donc très-utile à consulter, bien que l'auteur se borne en général à rapporter les faits sans les discuter. Nous donnerons ici les principaux résultats de son travail. Cet état reconnaît pour cause la plus fréquente, l'inflammation, et surtout l'inflammation rhumatismale. Elle a quelquefois suivi un coup, un effort violent; assez rarement son origine est restée méconnue. Les altérations pathologiques, causes anatomiques de cette insuffisance sont plus nombreuses que MM. Corrigan et Guyot ne l'avaient pensé. M. Charcelay en admet 9 espèces. 1° Insuffisance par transformation fibreuse, fibro-cartilagineuse crétacée (cette première forme est la plus fréquente); 2° par dégénérescence osseuse; 3° par végétation; 4° par adhérence; 5° par ulcération du bord libre des valvules; 6° par perforation; 7° par déchirure ou rupture; 8° par procidence ou prolapsus (le seul cas que M. Charcelay connaisse, a été observé par lui). Les valvules aortiques molles et flasques retombaient dans le ventricule gauche. Obs. 9e. (Un fait analogue vient d'être publié dans le *Lond. med. Gaz.*, 7 janv., par le Dr Watson); 9° l'insuffisance par turgescence inflammatoire aiguë, déjà indiquée comme possible par M. Guyot. En revanche, M. Charcelay rejette comme non démontrée par le fait, cette cause admise par MM. Guyot et Corrigan, la dilatation de l'aorte qui s'étendrait jusqu'à son orifice, et rendrait la valvule réellement insuffisante. L'auteur pense que dans tous les cas, l'altération des valvules préexiste à la dilatation aortique.

Cette maladie se rencontre presque exclusivement sur le sexe masculin; mais contrairement à l'opinion de M. Corrigan, elle a souvent été observée avant l'âge de 30 ans. Son *signe pathognomonique*, c'est un bruit de souffle au deuxième temps, remplaçant le second bruit naturel du cœur, ayant son maximum d'intensité à la racine de l'aorte, en se prolongeant plus ou moins loin dans cette artère et ses principales divisions. M. Charcelay fait remarquer combien il est rare de trouver la maladie dont il s'occupe, sans complication. Presque toujours il existe d'autres bruits anormaux, signes de ces complications. Aussi, regarde-t-il comme précieuse, l'observation VII de son travail, dans laquelle on voit la maladie à l'état de simplicité, s'annoncer par le signe qu'il indique. Les *symptômes particuliers* de l'affection sont : la force, la dureté, la vibrance du pouls; les battemens visibles des artères du cou, de la tête et des membres supérieurs, enfin la flexuosité de quelques-uns de ces vaisseaux. Les saignées n'ont pas été inefficaces ou même nuisibles

comme on le pense, depuis les travaux que nous avons déjà eu l'occasion de citer plusieurs fois. En revanche, la maladie est beaucoup plus grave qu'on ne pourrait le croire. M. Charcelay s'en est assuré en faisant des recherches pour compléter plusieurs observations dont les sujets avaient été considérés comme guéris, ou en voie de guérison.

Gale. (*Mémoire sur la*); *par F. Pentztin, médecin de l'hôpital de Vismar*. — Dans ce mémoire on combat la plupart des idées émises dans ces derniers temps en France, sur la nature de la gale, et sur l'insecte regardé comme la cause constante de cette affection. L'auteur ne pense pas que l'*acarus* puisse, semblable au *Gordius medinensis* et au *Gordius aquaticus*, s'introduire sous la peau, y développer de l'inflammation et des vésicules; car pourquoi la gale n'occupe-t-elle jamais le visage? pourquoi ne se développe-t-elle jamais chez des individus qui ne se sont pas mis en rapport avec des galeux? Les mêmes raisons s'opposent à ce que sa présence soit due à des œufs qui auraient été déposés sous la peau. S'il est dû à une génération spontanée, ce ne peut être dans des parties saines; jamais on n'a vu des insectes se développer sous la peau saine de l'homme, à moins qu'il n'existe une cause morbifique générale, comme dans le *prurigo pedicularis*. L'auteur se croit forcé d'admettre que l'*acarus* ne se montre que lorsque la gale est déjà développée dans l'économie, et seulement dans diverses circonstances. Ainsi on ne l'observe que très-rarement dans les pays froids, quoique la gale y soit aussi fréquente que dans les pays chauds. Bateman, Heberden, Ballet et Canton, si exercés dans l'usage du microscope, ne l'ont jamais vu. Conradi, Volkmann, Grossmann, ont nié que l'*acarus* soit cause de la gale. Il est donc probable que l'*acarus* est un animal parasite propre à la gale, et qu'il prend naissance dans les vésicules.

En supposant même que l'*acarus* fût cause de la gale, et que celle-ci fût produite par un ou plusieurs de ces insectes déposés sur un individu sain, comment de cette infection locale la maladie devient-elle générale? Comment se fait-il que la maladie persiste quelquefois, malgré des lotions nombreuses, et résiste longtemps à tous les remèdes, puisque, selon les observateurs français, on ne trouve l'*acarus* que chez les individus qui n'ont subi aucun traitement? M. Emery assure que le pus des pustules ne peut point communiquer la gale. Comment se fait-il qu'un habit qui a appartenu à un galeux, et qui n'a point été nettoyé, peut encore communiquer la gale au bout d'un an, à moins que l'*acarus* ne puisse jouir d'une existence latente? L'auteur croit qu'il s'est glissé

beaucoup d'erreurs dans les expériences faites par M. Albin Gras. Il aurait fallu que dans l'inoculation on eût pu s'assurer que l'insecte n'était point couvert de la matière contenue dans les vésicules. L'auteur ne voit qu'une chose dans ces inoculations ; c'est que les *acarus* ainsi transplantés n'ont vécu que peu de jours, se sont tracés des sillons, mais n'ont pas produit une gale générale. Ne pourrait-on pas dire que ces insectes n'ont pu vivre, parce qu'ils n'ont pas trouvé chez un individu sain les mêmes conditions d'existence que dans les galeux ?

L'auteur termine ces réflexions en recommandant un mélange qui, dit-il, guérit la gale avec une extrême rapidité, puisque quatre à cinq frictions suffisent, et qui ne cause pas la moindre irritation à la peau. Le mélange est formé de deux parties de poix liquide, deux parties de beurre salé que l'on peut fondre ensemble, et auxquelles on ajoute une partie de sous-carbonate de potasse. (*Journal der chirurgie und. Augenheilkunde* de Græfe et Walther, 1836, 24e vol., 3e cahier).

Pathologie et Thérapeutique chirurgicale.

IRITIS (*traitement de l'*) — Il est rare que l'iris soit seul affecté dans les maladies de l'œil, mais au moins souvent il est le principal foyer des inflammations de cet organe et devient le siège de lésions qui par leur persistance entraînent la perte de la vue. M. Nichet a rassemblé onze faits destinés à montrer l'influence du calomel porté jusqu'à la salivation, contre cette affection, quel que soit le degré auquel elle soit parvenue; la durée des cas qu'il a observés a varié de quatre jours à six années. Jamais il n'a vu le moindre changement dans l'état de l'œil depuis la première dose du calomel jusqu'au moment où les gencives se sont tuméfiées. La première amélioration a toujours coïncidé avec le gonflement de la bouche, mais dès que le ptyalisme a été établi, on a vu la pupille se dilater, devenir circulaire, mobile et la vue commencer à se rétablir quand elle était complétement abolie, ou s'améliorer lorsque la sensation de la lumière n'était pas tout-à-fait perdue; l'humeur aqueuse s'éclaircir, etc. Dans une iritis récente, trois ou quatre jours suffisent pour rendre à l'œil la plénitude de ses fonctions, sauf quelques cas graves d'iritis traumatique qui peuvent nécessiter douze ou quinze jours. Dans le cas où l'iritis remontait à plusieurs mois ou à quelques années, tantôt les fonctions de l'œil se sont rétablies par une salivation de vingt à vingt-cinq jours, tantôt on a été obligé de suspendre le médicament pour y revenir plus tard. L'observation 7me est un exemple remarquable de cette

méthode; il ne fallut rien moins que trois salivations abondantes pour faire disparaître une inflammation datant de trois mois et demi. Chaque fois que la salivation cessait, l'affection restait stationnaire; un mieux subit apparaissait en même temps qu'on ramenait le ptyalisme. Les antiphlogistiques et les révulsifs n'ont eu dans tous ces cas qu'une action momentanée ; si, dit M. Nichet, on peut en espérer quelques succès dans les iritis aiguës, le calomel seul conduit à des résultats inespérés dans les cas anciens, mais encore une fois on doit s'attacher à obtenir la salivation : dans ce but on emploiera dix, douze, ou vingt grains de calomel associés à deux grains d'opium pour prévenir l'effet purgatif. M. Nichet ne l'a jamais vu réussir employé à doses réfractées. La salivation sera combattue par les bains généraux et dans les cas où on voudra l'arrêter brusquement, par deux vésicatoires au bras. Une des observations de M. Nichet montre cependant, contrairement à ce qu'il avance dans le résumé un cas dans lequel une amélioration rapide eut lieu sous l'influence de purgations répétées, déterminées par le calomel, sans qu'aucun effet eut été produit vers la bouche. D'ailleurs il n'a pas employé le calomel seul. Les antiphlogistiques au début, les cautères à la tempe et la teinture de belladone distillée entre les paupières n'ont pas sans doute été sans influence sur les résultats de la thérapeutique. (Nichet. *Mémoire sur l'iritis*. Gaz. médicale de Paris, 1836, n° du 31 décembre p. 833.)

TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES PAR L'INJECTION ; par *E. A. Lloyd*. — L'excision, le caustique ou la ligature ont tour-à-tour été employés contre les tumeurs érectiles. On connaît la manière ingénieuse dont M. le professeur Lallemand les attaque à l'aide d'épingles laissées à demeure dans leur intérieur. M. Lloyd, de son côté, a été amené à pousser une injection stimulante dans les tumeurs érectiles volumineuses. Ses succès ont répondu à son attente. L'instrument dont il se sert à cet effet, est une seringue pourvue d'une série de tubes gradués suivant le volume du nœvus. La pointe du tube est introduite sous la peau, à travers une incision pratiquée à quelques lignes du point malade, afin d'avoir plus de facilité pour comprimer le nœvus ou prévenir l'hémorrhagie. On expulse alors le sang contenu dans la tumeur à l'aide de la compression, qu'on soutient ensuite jusqu'au moment où l'injection est poussée. Cela fait, on place un doigt sur le trajet que le tube a suivi sous la peau, et on empêche ainsi le reflux du liquide irritant qui doit rester de cinq à dix minutes dans l'intérieur du nœvus. Il est nécessaire d'injecter de plusieurs côtés les tu-

meurs volumineuses ; mais il vaut mieux d'abord n'attaquer qu'un seul point, au cas ou cela pourrait suffire ; il est également convenable d'exercer une compression tout autour de la tumeur vasculaire, pour prévenir l'extravasation de l'injection dans le tissu cellulaire. On arrive facilement à ce résultat, à l'aide d'un couvercle de boîte percé sur le côté, d'une petite fente pour recevoir la pointe de la seringue. Les liquides employés par M. Lloyd ont été fort variés. Savoir : une partie d'acide nitrique concentré sur dix ou quinze parties d'esprit d'éther nitrique ; de l'esprit aromatique d'ammoniaque, une solution de chlorure de chaux, de sulfate ou d'acétate de zinc, d'hydrochlorate d'ammoniaque, d'hydriodate de potasse ; et M. Stanley a employé avec succès du vin. Ne pourrait-on pas y substituer l'injection iodée que M. Velpeau emploie avec tant de succès contre l'hydrocèle ; c'est probable. Quoi qu'il en soit, les principaux avantages de ce mode de traitement, c'est qu'il est applicable à tous les nœvus, quelle que soit leur étendue, qu'il ne laisse pas de difformités à sa suite, et qu'il cause à peine de douleur et de symptômes généraux. Parmi les cas de guérison que rapporte M. Lloyd, il en est un où les caustiques, la ligature et les aiguilles avaient échoué.

Quant au nœvus à son début, alors qu'il est très-peu volumineux, on emploie de préférence des applications d'acide nitrique ou de potasse fondue. M. Lloyd, pour borner l'action du caustique au point malade lui-même, applique autour de ce point, une couche épaisse de cire à cacheter. (*Medical Gazette*, october 1, 1836).

Hydatides des voies urinaires ; *par le docteur Vertenkampf.* — Une jeune fille de 22 ans, bien réglée, qui souffrait depuis longtemps d'un catarrhe chronique de la vessie, fut prise subitement, par suite d'un refroidissement, d'une aphonie complète avec douleur dans le larynx et dans la trachée, sans fièvre. Des moyens révulsifs puissants la rétablirent complètement, mais à cette maladie succéda une difficulté très-grande dans l'émission de l'urine, avec strangurie, phénomènes qui persistaient jusqu'à ce que la malade rendît tous les quatre ou cinq jours une quantité notable d'hydatides par l'urètre. Elles variaient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noisette, et leur nombre était de 50 à 60 : l'inspection avec la loupe prouva qu'elles étaient vivantes. Après chaque éjection, la strangurie cessait pour reparaître bientôt après, et persister jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité d'hydatides eût été rejetée. Cela dura plusieurs mois, et les forces de la malade

diminuèrent considérablement. Un régime fortifiant combiné à des remèdes anthelmintiques furent employés avec succès, et la malade guérit tout-à-fait par l'usage de l'huile de Chabert. (*Wochenschrift von Casper*, 1836, N° 45).—Cette observation a dans le journal précédent pour titre : *Hydatides de la vessie*. Nous n'avons pas cru devoir le conserver, puisque rien n'indique que les hydatides ne venaient pas de plus haut que la vessie où elles ont rarement leur siège.

Orchite. (*De la compression dans le traitement de l'*). *Par le docteur Fricke, de Hambourg.* — Voici de quelle manière M. Fricke applique la compression : il emploie des bandelettes de la largeur du pouce, recouvertes d'un emplâtre agglutinatif extrêmement adhérent, mais dans la composition duquel il n'entre aucune substance trop irritante. Il saisit le scrotum avec une main, de manière à séparer le testicule sain du testicule malade, tandis qu'avec l'autre main, il ramène la peau de manière à ce qu'elle soit bien tendue sur le testicule malade. Si ce dernier est très volumineux, il doit être soutenu par un aide ; autrement, il suffit que le malade tienne lui-même le testicule sain un peu écarté de l'autre. La première bandelette est appliquée à un travers de doigt au dessus de l'extrémité supérieure du testicule. De la partie antérieure, elle est conduite sur la partie latérale du cordon, puis en arrière. Ensuite elle est ramenée en avant et en haut, s'enfonçant dans l'intervalle des deux testicules, en revenant au point d'où elle était partie. Elle forme un anneau à peu près ovalaire qui entoure le cordon. La seconde bandelette, appliquée suivant le même trajet, doit recouvrir la précédente complètement ou au moins en grande partie. Le premier temps de l'application des bandelettes doit être exécuté avec beaucoup de soin. Il faut que les bandelettes compriment le cordon avec beaucoup d'exactitude et l'on y parviendra en donnant à la peau qui le recouvre un grand degré de tension. Si cette application n'était pas extrêmement exacte, il arriverait, par suite de la compression qu'on exercera sur l'extrémité inférieure du testicule, que l'extrémité supérieure de cet organe tendrait à s'échapper entre les bandelettes supérieures trop lâchement appliquées ; accident qui non seulement serait une cause de douleur, mais même ferait échouer le traitement. On procède de la même manière à l'application des autres bandelettes qui doivent successivement se recouvrir d'un tiers de leur largeur. Lorsqu'on est arrivé à la partie la plus renflée du testicule dans le point où sa circonférence commence à décroître, on donne aux bandelettes une

direction nouvelle. Le chirurgien, soutenant avec la main le testicule déjà recouvert, applique alors les bandelettes de haut en bas, en les faisant passer de la partie antérieure à la partie postérieure du testicule. De cette manière, tout ce qui restait à découvert du testicule se trouve comprimé aussi bien que sa partie supérieure.

Lorsque les deux testicules sont malades, il faut commencer par appliquer sur l'un des deux l'appareil compressif tel qu'il vient d'être décrit; et, comme il ne reste pas un espace suffisant pour envelopper par le même procédé l'autre testicule, on le comprend dans des bandelettes circulaires qui l'enveloppent en une masse commune avec le testicule déjà recouvert qui devient alors, en quelque sorte, un point d'appui pour la compression. Quant aux bandelettes verticales, ou antéro-postérieures, elles sont appliquées sur le second testicule de la même manière que sur le premier. Chez les sujets dont la peau est très délicate, il se forme des excoriations. On doit alors pratiquer des petites incisions aux bandelettes agglutinatives et instiller de l'eau de Goulard sous l'appareil. Ce moyen suffit pour amener la guérison de ces excoriations.

La compression est également utile à toutes les périodes de la maladie et quelles que soient les causes qui l'ont produite. Souvent elle augmente la douleur locale; quelquefois même. surtout si elle a été appliquée avec trop de force, celle-ci devient excessive, mais en peu de temps, souvent dans l'espace d'un quart d'heure, lors même que la douleur primitive était très-intense, le malade se trouve tellement soulagé, qu'il peut quitter le lit et marcher dans sa chambre.

Quand l'orchite est récente, une seule application de compression suffit dans la plupart des cas; mais quand elle date de trois à huit jours, on est obligé de renouveler l'emploi de la compression deux ou trois fois. L'engorgement du cordon spermatique, s'il n'est pas très considérable, les bubons, les chancres, etc. ne contre-indiquent point l'emploi de ce moyen. Dans des cas très-rares, la compression développe un mouvement fébrile; mais le plus souvent la fièvre symptomatique de l'orchite se dissipe avec rapidité sous l'influence de ce mode de traitement, à moins que la réaction ne soit trop considérable. Il ne faut pas exercer la compression avec trop de force, et il est nécessaire d'avoir quelque habitude pour apprécier au juste le degré auquel elle doit être portée; autrement on pourrait augmenter inutilement les souffrances. Dans un certain nombre de cas, la compression détermine des nausées,

complications internes ne doit pas empêcher l'usage de la compression, quand même le malade serait tourmenté par la fièvre.

Le traitement de l'orchite par la compression m'a constamment réussi, et jamais je ne l'ai vue suivie d'accidents. J'ajouterai cependant quelque chose à ce que Fricke en a dit. Je regarde comme essentiel, et même comme indispensable, de terminer l'appareil compressif par un tour circulaire qui unisse et resserre les extrémités des bandelettes longitudinales, et qui augmente la compression étroite du testicule, et l'empêche de s'échapper. (*Journal für chirurg.* de Graefe et Walther, 1836, t. XXIV).

NOUVEAU MODE DE RÉDUCTION DES LUXATIONS DE L'HUMÉRUS ET DE CELLES DU FÉMUR EN BAS, SANS LE SECOURS DE L'EXTENSION NI DE LA CONTRE-EXTENSION; *par le Docteur A. F. Malapert, chirurgien-major au 12e de chasseurs.* — Le 25 décembre 1831, étant à la promenade militaire dans la forêt de Fontainebleau, avec le 3e de chasseurs, Roman, cavalier du 3e escadron, se luxa l'humérus gauche. Son coude éloigné du corps et porté en arrière, la douleur qu'il ressentait, l'impossibilité d'exercer le moindre mouvement, et surtout la saillie que faisait dans le creux de l'aisselle la tête de l'os, ne me laissèrent aucun doute à cet égard. C'était une luxation en avant, ainsi que je le constatai après avoir fait descendre de cheval, le malade par ses camarades. Sans le dépouiller de sa veste, sans faire établir d'extension ni de contre-extension. Enfin, n'employant le secours d'aucun aide, je le laissai debout devant moi, et fourrant mon poing gauche sous l'aisselle, je saisis de ma main droite le coude que je ramenai en avant en le rapprochant du corps et poussant légèrement en haut. La réduction fut opérée de suite, comme nous l'annonça le bruit particulier qui l'accompagna. Cela fut l'affaire d'une minute, et me fut inspiré par le froid très-vif qui régnait, et par notre éloignement de la ville et de toute habitation. Le chirurgien-major était présent, ainsi que l'aide-major, mon collègue; ils avaient jugé ainsi que moi qu'il y avait luxation, et ils me parurent étonnés d'une réduction si prompte, et de l'emploi d'un procédé si insolite. J'avoue que je fus moi-même un peu surpris de la facile réussite de l'application de cette idée, exécutée aussitôt que conçue, et je dis à Roman que probablement il avait eu quelque luxation antécédente de l'humérus. Il m'apprit qu'effectivement il en avait éprouvé deux à ce même bras. Après la première, on n'employa pas de bandage contentif, et il reprit de suite son service. Plus tard il éprouva une seconde luxation, que l'on mit, dit-il, trois mois à réduire; ce qui explique la facilité de cette troisième luxation, puisqu'elle s'effectua par suite d'un mouvement brusque et forcé du bras porté en arrière pour saisir un morceau d'amadou que lui tendait un camarade, à cheval également et en file derrière lui. Après avoir maintenu la réduction par un bandage, pendant le temps nécessaire, Roman reprit son service. Depuis, il passa aux chasseurs d'Afrique.

Cela me donna à penser que lorsqu'un os long est luxé à son

extrémité orbiculaire, et principalement en avant, en arrière ou en bas, on peut le remettre en place en le constituant levier de premier genre, c'est-à-dire, en plaçant un point d'appui entre la puissance et la résistance, et faisant basculer l'os que l'on pousse en haut, mais légèrement, surtout s'il s'agit de l'humérus, car lorsqu'on rapproche de la ligne médiane du corps sa portion cubitale éloignée par la luxation, il en résulte un mouvement de bascule opéré par le point d'appui, et la tête de l'os décrit un arc de cercle qui la porte graduellement en haut, tout en lui faisant franchir le bord de la cavité glénoïde.

Ne pouvant rien statuer cependant d'après cette observation isolée et accompagnée d'antécédens qui en atténuaient la valeur, j'attendis de nouveaux faits pour y appliquer les principes du procédé improvisé qui m'avait si bien réussi. Aucun accident analogue ne se présenta au régiment où je sers, avant le 2 octobre 1834.

Le cavalier Énon, du 12e de chasseurs (4e escadron), reçut, étant de garde à l'écurie, un violent coup de pied de cheval à la joue droite, d'où résulta une plaie contuse; et tombant du côté opposé, sur le pavé (probablement après un fort mouvement d'abduction de la cuisse pour éviter la ruade), il se luxa en bas et en avant, le fémur gauche. Il fut immédiatement transporté à l'infirmerie régimentaire ou je me trouvais alors. Ayant reconnu l'existence de cette luxation, j'appris de ce chasseur nouvellement arrivé au corps, que chez lui, dix-huit mois auparavant, il avait éprouvé un semblable déboitement par suite d'une chute de cheval. Sans établir d'extension et de contre-extension, le malade étendu sur un lit bas et étroit de casernement, et couché sur le côté sain, je posai en me plaçant devant lui, mon avant-bras gauche au tiers supérieur de la face interne de la cuisse. Je saisis de la main droite le genou que j'abaissai et que je portai en dedans, c'est-à-dire, vers l'axe du corps, en même temps que je poussai tout le fémur en haut, et que je m'efforçai avec mon poing et mon avant-bras gauche, de former un point d'appui solide, mais qui cependant concourait à rapprocher le fémur de la cavité cotyloïde. La luxation fut réduite en un instant. Pendant que je m'occupais de faire chercher le brancard pour transporter Énon à l'hôpital, il se leva, et voulant essayer de marcher, aux premiers pas il s'effectua un nouveau déboitement. Je renouvellai la réduction par le même procédé et aussi facilement; je liai la partie inférieure des cuisses accolées l'une à l'autre, et je le fis transporter à l'hôpital, où il mourut 72 jours après, d'une fièvre ataxique contractée dans cet établissement, lorsque, convalescent de sa luxation et se promenant dans les salles, il se disposait à en sortir.

Ici l'application du même principe fut couronnée d'un succès égal et aussi prompt; mais la circonstance d'une luxation anté-

rieure ne me permit pas encore cette fois d'avoir une entière certitude, et j'aurais attendu de nouveaux faits, avant de rien publier, si je ne venais d'apprendre par le dernier n° (juillet) des *Archives générales de Médecine* (1), que M. Gérard, dont ce journal analyse la thèse inaugurale, a employé pour la réduction des luxations de l'humérus, un procédé qui a quelque analogie avec le mien, mais qui en diffère cependant beaucoup, en ce qu'il fait établir une contre-extension, qu'il emploie bien plus de force, qu'il se sert du flanc pour rapprocher l'humérus du corps, et ne tend pas, ainsi que moi, en agissant seulement sur l'extrémité cubitale, à faire décrire un arc de cercle à la tête de l'humérus, etc.

L'humérus et le fémur sont attachés par leur extrémité supérieure au tronc; cette extrémité est arrondie, l'autre extrémité de l'os, entièrement libre, peut être portée avec facilité dans toutes les directions. Par conséquent, le poids du corps posé sur une grande surface, peut suffire à contrebalancer l'effort nécessaire à la réduction, et conséquemment à remplacer la contre-extension. Pour la réduction des luxations de l'humérus on pourrait, comme comme pour celles du fémur, coucher le malade sur le côté sain. A l'aide du mouvement de bascule on peut aisément diriger la tête arrondie de l'os dans la cavité articulaire, au moyen de l'arc de cercle qu'on lui fait décrire, et en poussant légèrement vers la naissance du membre. Par ce procédé, on évite beaucoup de douleur au malade et surtout l'appréhension et même la frayeur que lui occasionnent les préparatifs nécessaires à l'extension et à la contre-extension, et contre lesquels, malgré ce qu'on peut lui dire, il se roidit à l'avance. En provoquant la contraction musculaire par réaction, l'extension et la contre-extension créent souvent elles-mêmes un obstacle à la réduction. Voilà je pense ce qui surtout peut contribuer par fois à rendre si longues et si difficiles certaines réductions de luxations du fémur Pour vaincre ces résistances musculaires lorsqu'elles se présentent, ne pourrait-on pas avant de renouveler la tentative, faire une application d'extrait de belladone, qui amènerait dans ces parties le degré de relâchement nécessaire.

Au reste, je n'ai que deux faits à l'appui, et encore sont-ils dépouillés par les antécédens, d'une portion de leur valeur. J'ai exposé avec une rigoureuse exactitude ce que j'ai fait, l'avenir

(1) Ces observations nous ont été communiquées dans le mois d'août 1836.

apprendra si, relativement à une application générale, mon espoir est fondé.

Obstétrique.

OPÉRATIONS CÉSARIENNES SUIVIES DE SUCCÈS POUR LA MÈRE ET ET L'ENFANT. — Ire Obs., *par Venderfuhr.* — C'est la troisième fois, dit l'auteur, que dans une pratique de dix-huit ans, j'ai eu l'occasion de faire l'opération césarienne, et chaque fois avec succès. Les deux premières observations sont consignées dans le *Magasin de Rust*, année 1823, et dans le *General-Bericht der Kœnig.; Rheinischen medicinal collegium*, année 1832). Ici, comme dans les deux autres cas, l'opération se trouvait indiquée par suite de l'étroitesse du bassin, et a été faite sur les instances de la mère; comme dans les autres cas aussi, j'ai choisi pour méthode opératoire, l'incision faite sur la ligne blanche, que je regarde comme la plus facile et la plus avantageuse.

Gertrude Holzapfel, de Viezzen, arrondissement de Dusseldorf, âgée de 24 ans, née de parens sains, fut élevée dans une profonde misère. Affectée de scrofules et de rachitisme, elle ne commença à marcher qu'à neuf ans; jouissant toutefois d'une santé assez bonne, elle commença à être réglée à dix-huit ans. Elle devint enceinte pour la première fois dans sa vingt-quatrième année. Sa grossesse s'écoula assez bien, et même dans les derniers jours elle faisait encore des courses assez grandes pour se livrer à la mendicité. Dans la nuit du 30 au 21 avril, les douleurs commencèrent, et je fus appelé le 21 vers midi. Je trouvai la malheureuse dans une misérable cabane, enveloppée dans des haillons et couchée sur la paille.

Elle était petite, ses membres peu développés, les jambes fortement courbées; elle avait tous les signes du rachitisme qui avait existé chez elle. Mesurant son bassin à l'aide du compas d'*épaisseur*, je trouvai que les grands trochanters avaient onze pouces et demi de distance, le diamètre antéro-postérieur six pouces. Au toucher, le doigt indicateur rencontrait bientôt à gauche une saillie que la sage-femme avait d'abord prise pour la tête de l'enfant, et qui avait réellement avec celle-ci une analogie trompeuse. Cette saillie était formée par le promontoire. La distance entre celle-ci et la surface interne de la symphise du pubis pouvait être remplie par les doigts indicateur et medius, en sorte que le diamètre antéro-postérieur, qui d'après la mesure prise extérieurement, aurait dû avoir un diamètre de trois pouces, se trouvait

réduit à deux pouces et demi, par suite de la saillie du promontoire. Le côté droit du bassin présentait une largeur plus grande, pas assez cependant pour admettre la tête. La difformité était augmentée, parce que les branches horizontales des os pubis se trouvaient plus élevées que le promontoire. La tête reposait sur celui-ci, le col de la matrice était dilaté, la poche des eaux était percée, des mucosités sanguinolentes se trouvaient dans le vagin ; les douleurs étaient vives, de violens mouvemens de l'enfant prouvaient qu'il était en vie : tous ces motifs me forçaient de proposer l'opération césarienne, qui fut appuyée par deux de mes confrères.

Après avoir préalablement vidé la vessie et le rectum, je fis sur la ligne blanche une incision de cinq pouces, et je ne tardai pas à rencontrer au fond de la plaie la teinte bleu-rougeâtre de l'utérus. Une petite incision fut faite sur cet organe à l'endroit qui me parut le plus convenable, et aggrandie sur le doigt indicateur jusqu'à ce qu'elle eût quatre pouces et demi. Le placenta ne fut pas intéressé, en sorte que l'écoulement fut peu abondant. L'enfant, qui nous présentait le dos, fut facilement retiré, et nous annonça, par ses cris, qu'il était plein de vie. La délivrance ne put être faite qu'avec peine, parce que les contractions de l'utérus gênaient l'introduction de la main et le décollement du placenta. Cependant le succès couronna mes efforts. Je prévins l'épanchement du sang dans le ventre en appliquant exactement les parois abdominales contre la surface de la matrice ; par là j'évitai en même temps la hernie des intestins, mais non de l'épiploon dont une portion s'échappa pendant un accès de toux convulsive. Après avoir promptement réduit cette partie, je réunis la plaie à l'aide de la suture entortillée et des bandelettes de diachylum dans les intervalles. Ce temps de l'opération fut retardé par des vomissements qui survinrent à plusieurs reprises. La plaie fut recouverte par de la charpie sèche et des compresses, et le tout maintenu par un bandage de corps.

La nuit se passa sans beaucoup de sommeil, mais sans aucun autre accident que quelques vomissements qui survinrent à plusieurs reprises dans les premières heures. Le lendemain matin, le ventre n'était ni gonflé ni douloureux ; les lochies coulaient régulièrement. La malade urina deux fois sans douleur ; le pouls n'avait que peu de fréquence ; soif médiocre ; langue nette et humide ; peau moite. Vers le soir, il survint un peu de fièvre et des douleurs dans le ventre, mais ces accidents se calmèrent et furent suivis de quelques heures de repos. Les jours suivants, la fièvre n'eut qu'une médiocre intensité, et aucune émission sanguine ne fut

jugée nécessaire, quoique le ventre fût légèrement gonflé et douloureux. Le cinquième jour, il survint un peu de diarrhée qui exigea l'emploi de quelques préparations opiacées. Le même jour, je levai le pansement, et je détachai le point de suture. La plaie était réunie dans le tiers supérieur; elle était légèrement béante dans sa partie inférieure, par où elle laissa écouler une assez grande quantité de sécrétion fétide. Cette sécrétion persista encore quelque temps, puis des bourgeons de bonne nature se développèrent; mais la plaie ne se cicatrisa que lentement; circonstance que je crois très-avantageuse, parce qu'elle empêche la sécrétion de séjourner dans la plaie, et lui permet de s'écouler librement. Les lochies, dont l'écoulement régulier est si important dans les cas de ce genre, persistèrent pendant un mois. Quinze jours après l'opération, la fièvre avait presqu'entièrement disparu. A partir de cette époque, la malade se rétablit promptement, le sommeil et l'appétit revinrent, une nourriture tonique ramena les forces, et au bout de deux mois la mère et l'enfant jouissaient d'une parfaite santé.

Eu égard à ce dernier, je ferai remarquer que pendant quinze jours nous eûmes des craintes sérieuses pour sa vie. Venu au monde plein de santé, il prit le sein de sa mère dès que le deuxième jour la sécrétion du lait se fût établie; mais le lait de sa mère malade, quoique d'un bon aspect et d'une douce saveur, ne lui convenait pas. Il eut des vomissements et du dévoiement; sa bouche se remplit d'aphtes; une grande partie de son corps se couvrit d'excoriations, et il maigrit d'une manière effrayante. On fut obligé de recourir à un allaitement artificiel. Comme le dévoiement persistait, je lui fis donner des bouillons avec du jaune-d'œuf et quelques médicamens mucilagineux. Ces moyens réussirent, l'enfant reprit ses forces, et au bout de trois semaines il put reprendre le sein de sa mère convalescente. (*Vochenschrift*, *de Casper*, 1836, N° 38).

Obs. IIe; *par Meyer*. — Nous rapprocherons de l'observation qui précède un autre cas d'opération césarienne remarquable par le succès qui la couronna, chez une femme affaiblie par des maladies antérieures, et dont l'état devait paraître désespéré. Nous regrettons que l'auteur se soit contenté de nous dire que l'enfant fut retiré vivant du sein de sa mère, sans nous apprendre s'il a continué à vivre, et qu'il nous laisse dans un doute qui diminue l'intérêt de l'observation.

La femme d'un cordonnier, âgée de 38 ans, bien portante dans

sa jeunesse, souffrait depuis deux ans de douleurs rhumatismales; depuis un an elle n'avait que rarement quitté son lit, et ne marchait que voûtée et soutenue par des béquilles : elle devint enceinte, et le 19 juin au soir elle fut prise des premières douleurs. La déformation du bassin, par suite du rhumatisme, parut nécessiter l'opération césarienne, et l'auteur appelé se rendit auprès de la malade avec deux chirurgiens.

La malade était dans les circonstances les plus défavorables, elle était amaigrie ; son ventre, fortement développé, était couvert d'une éruption ; les jambes étaient enflées jusqu'aux parties génitales ; il existait une toux douloureuse, des nausées et des vomissements. Les os pubis et ischion étaient tellement recourbés en dedans, qu'ils laissaient à peine un passage au doigt qui atteignait facilement le promontoire avançant jusqu'à la symphyse pubienne.

Le 20 juin, l'opération fut proposée et acceptée comme seul moyen de salut : la malade fut placée sur une table recouverte par des coussins ; les cuisses pouvaient à peine être assez separées pour laisser un libre passage à la main, et par suite d'une ankylose des vertèbres lombaires entre elles et avec l'os sacré, le tronc ne put être étendu. Dans cette position demi-assise, le ventre était très-rapproché des cuisses. Malgré cette circonstance défavorable, Meyer préféra l'incision sur la ligne blanche, parce qu'elle lui avait déjà réussi dans trois cas, parce que l'incision latérale est accompagnée d'un écoulement de sang qu'il fallait éviter chez une malade aussi affaiblie ; enfin, parce que dans l'incision sur la ligne blanche la plaie de l'utérus correspond toujours mieux à la plaie des parois abdominales. La malade ayant été disposée à l'opération et les aides convenablement placés, le chirurgien fit une incision à la peau depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse, intervalle qui comprenait quatre pouces. Puis il incisa dans la même étendue la ligne blanche et le péritoine ; il s'écoula une grande quantité de sérosité, résultat d'une ascite. Les parois de l'utérus, que l'auteur avaient trouvées amincies dans les cas précédents, étaient fermes, avaient trois lignes d'épaisseur, et opposaient de la résistance à l'instrument. L'incision tomba juste sur le placenta, ce qui non-seulement donna lieu à un écoulement sanguin abondant, mais encore rétrécit l'espace pour la sortie de l'enfant. Le placenta fut rapidement détaché sans production d'hémorrhagie ; l'enfant était couché sur le dos et présentait le genou droit ; on dégagea et on retira les deux pieds, puis le corps, les bras et enfin la tête, qui opposa quelque résistance. Pendant tout ce temps l'utérus était maintenu

fixe par un aide. Le sang et la sérosité furent retirés de l'abdomen, et on vit l'utérus se contracter jusqu'au volume des deux poingts. La plaie fut réunie par la suture entortillée. Une ouverture d'un pouce, qu'on laissa persister au-dessus du pubis, fut maintenue béante à l'aide d'une mèche; des compresses furent appliquées sur les parties latérales de la plaie, et maintenues à l'aide d'une bande. Au bout d'une demi-heure, la malade était tranquillement couchée dans son lit. L'enfant était faible, mais bien vivant, et criait continuellement.

Une demi-heure après le départ des médecins, une demi-aune d'intestin s'échappa à travers la plaie pendant un accès de toux : la réduction fut facile, et l'ouverture fut fermée par des compresses et des bandelettes agglutinatives.

Les suites de l'opération n'offrirent rien de particulier. Lés phénomènes inflammatoires qui survinrent n'eurent que très-peu d'intensité, et on s'en rendit maître facilement; les lochies coulèrent régulièrement, et la plaie suppura peu. Bientôt on put nourrir la malade, qui ne tarda pas à entrer en convalescence. Le 15 juillet, une tumeur inflammatoire parut à la partie inférieure de la plaie, un abcès se forma, et la plaie qui donna issue au pus resta fistuleuse pendant quelque temps. Le 10 août, tout était parfaitement cicatrisé, et la malade complètement guérie. (*Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, *von Busch d'Outrepont und Ritgen.* IIIe vol., 1er cahier, 1835; et *Repertorium de Kleinert*, 1836, 8e cahier, p. 69).

Obs. IIIe; *par M. R. P. Duchateau, d'Arras.* — Stéphanie Brassart est âgée de 22 ans et demi; sa taille est de 43 pouces. Tous ses membres offrent les traces du rachitisme. La colonne vertébrale est très-convexe à sa partie antérieure; les omoplates, surtout la droite, se rapprochent beaucoup du bassin.

Cette femme, bien réglée depuis l'âge de 18 ans, se présenta à l'hospice de la Maternité d'Arras, pour se faire saigner dans le huitième mois de sa première grossesse. M. Duchateau, professeur dans l'hospice, s'assura que les crêtes des os des îles étaient placées sur la même ligne, et qu'il y avait, depuis une épine antérieure et supérieure jusqu'à l'autre, huit pouces neuf lignes; que l'angle sacro-vertébral se portait vers le pubis et un peu à droite que le détroit supérieur n'avait que deux pouces dans son diamètre antéro-postérieur.

Le 20 avril 1836, cette femme étant au terme de l'accouchement naturel, revint à l'hospice, se plaignant d'éprouver des douleurs

de reins. Il ne se présenta aucun autre phénomène jusqu'au 24, à cinq heures du matin. Alors elle commença à ressentir des douleurs plus fortes qui se succédaient toutefois lentement. A six heures, l'orifice de l'utérus se présentait dévié à droite et en avant avec une dilatation de dix à douze lignes. Les membranes commençaient à bomber, mais aucune partie de l'enfant n'était accessible au doigt explorateur. (Lavement, bain entier). A neuf heures, l'état de Stéphanie n'était pas changé ; les collègues de M. Duchateau ayant reconnu ainsi que lui la nécessité d'une opération immédiate :

Une sonde introduite dans la vessie fit reconnaître qu'elle était vide. Un aide placé entre les extrémités inférieures maintenait la direction de l'utérus, d'autres tendaient l'abdomen. L'opérateur, avec un bistouri convexe, fit à la peau une incision qui, partant de deux pouces au-dessus du pubis, se dirigea sur le trajet de la ligne blanche en passant un peu à gauche de l'ombilic, et se termina à deux pouces et demi de cette partie. On incisa successivement les différentes couches aponévrotiques. Le péritoine fut soulevé à l'aide d'une pince à disséquer, et ouvert avec précaution, puis divisé selon la longueur de l'incision primitive avec un bistouri droit boutonné, guidé par le doigt indicateur. L'épiploon qui recouvrait l'utérus et les intestins fut relevé et maintenu au-dessus de la matrice, ainsi que quelques anses d'intestin que les efforts de la malade avaient poussé à la partie supérieure de l'incision. M. Duchateau reconnut alors que le centre de l'utérus se trouvait dans le milieu de l'incision des parois de l'abdomen. Les aides continuant à le fixer, une incision y fut pratiquée à l'aide d'un bistouri légèrement convexe ; à chaque section, les fibres divisées s'écartaient. La face interne de la matrice étant enfin divisée, un jet de sang très-noir partant de son centre fit reconnaître que le placenta se trouvait à l'endroit de l'incision qui fut de suite dilatée avec un bistouri boutonné. Les membranes de l'œuf mises à découvert furent alors divisées comme le péritoine, en prenant toutefois les précautions nécessaires pour que le liquide amniotique ne s'écoulât pas dans la cavité de l'abdomen. Le placenta fut ensuite un peu refoulé. On vit alors l'enfant dans la première position du sommet de la tête ; ses jambes furent saisies par la main droite et le tronc avec la main gauche de l'opérateur. Il fut dégagé de l'utérus et fit aussitôt entendre son premier cri. On fit la section du cordon ombilical, et l'enfant fut remis entre les mains de Mme Delarue, sage-femme en chef. Il était du sexe masculin, et pesait six livres quatre onces.

Au bout de trois minutes, l'utérus commençant à revenir sur lui-même, le cordon ombilical et les membranes furent enlevés par l'incision, ainsi que les caillots et les fluides renfermés dans la matrice. Le doigt indicateur fut introduit par la plaie dans le col de l'utérus, qui était souple et dilaté, du diamètre d'une pièce de cinq francs. Le doigt d'un aide introduit par le vagin toucha celui de M. Duchateau, qui acquit ainsi la certitude que les fluides pourraient bien sortir, mais que le promontoire faisait bien la saillie qui avait déterminé à pratiquer l'opération.

La matrice étant bien contractée, les parties furent lavées avec une décoction de guimauve; les bords de la plaie réunis par trois points de suture enchevillée. Des bandelettes de diachylum furent placées entre les points de suture; seulement un séton enduit de cérat fut placé à l'angle inférieur de la plaie. Un linge fenêtré, de la charpie, des compresses, un bandage de corps, achevèrent le pansement.

L'opération a duré vingt minutes et a été bien supportée. (Potion calmante).

1er jour, deux heures après l'opération, douleurs aiguës dans la région iliaque droite. (15 sangsues *loco dolenti*). A quatre heures, vomissements porracés qui continuent pendant la nuit. Pouls à 100 puls., face colorée. Les lochies coulent par le vagin. (Potion de Rivière).

2e jour, vomissements; pouls fort, vif, accéléré. L'appareil levé fait reconnaître une portion de l'épiploon à l'angle supérieur de la plaie; il est réduit et maintenu. Oppression; toux. (Catapl. sur le ventre; deux saignées; eau de gomme; looch).

3e jour, les lochies coulent; douleurs abdominales moins vives; oppression moins forte; deux heures de sommeil. Au réveil, quatre selles fétides. (Lav. gr. de lin; pavot; catapl., quatre par jour).

Le 4e jour, renouvellement des bandelettes, enlèvement des points de suture et du séton. Le 9e jour, la partie supérieure de la plaie est réunie; il s'écoule un peu de pus de la partie inférieure, surtout pendant la toux qui continue. On renouvelle les bandelettes jusqu'à la guérison, qui a eu lieu le 92e jour. (On a continué les cataplasmes). Les premiers jours, on a employé les demi-lavements. (Il y avait des selles porracées). Le 7, on commença à donner à la malade deux crêmes de riz; le régime alimentaire fut ensuite successivement augmenté. Vers le 15e, il y eut un œdème général qui disparut sous l'influence d'une sécrétion plus abondante des urines provoquée par une infusion de pariétaire nitrée

et de vin de Grave. — 63 jours après, Stéphanie assistait à la distribution des prix de la Maternité ; l'enfant se portait bien. La mère n'a eu aucune sécrétion laiteuse. (*Presse médicale*, 1837, n° 7).

Un cas analogue aux précédents, dû à M. le professeur Stolz, de Strasbourg, est consigné dans les *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, t. V, p. 91).

Académie royale de Médecine.

Séance du 21 *février.* — M. Auguste Bérard écrit pour réclamer la priorité de l'idée de faire marcher avec des béquilles les blessés affectés de fractures des membres inférieurs et soumis à l'appareil inamovible. Cette lettre provoque une réponse de M. Velpeau, qu'avait présenté dans la dernière séance trois malades ainsi traités. M. Velpeau n'a voulu s'occuper d'aucune question de priorité ; autrement il eut dit sous ce rapport ce qui lui appartient. C'est ainsi, qu'au lieu du bandage de Scultet dont se sert M. Sentin, M. Velpeau n'emploie que le bandage roulé simple en interposant une couche d'amidon entre chaque doloire.

Morve aiguë sur l'homme.—M. Rayer lit un mémoire intitulé : *De la morve aiguë sur l'homme.* C'est d'après l'observation d'un fait remarquable qu'il vient de recueillir, que M. Rayer a été amené à entreprendre le travail qu'il soumet à l'Académie, et qui paraît destiné à éclairer un point important jusqu'ici contesté, la communication de la *morve* du cheval à l'homme. Le sujet de l'observation de M. Rayer est un palefrenier qui, couché près d'une jument morveuse, n'a pas tardé lui-même à tomber malade. Avec les symptômes typhoïdes les plus graves, cet homme a présenté : 1° une éruption pustuleuse occupant la peau, les fosses nasales, le larynx ; 2° des ecchymoses et des escarrhes au-dessous des oreilles, au gland, aux pieds ; 3° des abcès petits et multipliés dans les poumons, et de larges foyers de pus dans l'épaisseur des muscles. La maladie s'est terminée par la mort sans que rien ait pu en entraver la marche. M. Rayer n'a pas tardé à reconnaître l'identité dss accidents avec ceux de la morve aiguë du cheval, et met sous les yeux de l'Académie diverses pièces anatomiques qui doivent appuyer son opinion. L'honorable membre s'est livré à des recherches dans le but de réunir tous les cas analogues contenus dans les

recueils de la science. Il résulte de ces recherches qu'il en a été publié un bien plus grand nombre qu'on ne pense, et que si peu d'auteurs parlent de la *morve* de l'homme en la désignant sous son nom, il est facile toutefois de la reconnaître dans plusieurs descriptions. Un fait qu'il faut encore noter, c'est que cette maladie ne paraît pas s'être jamais développée spontanément, et qu'elle a toujours été mortelle. Une épreuve aussi décisive que possible devait établir la réalité de l'existence de la morve chez l'homme ; c'est sa communication reportée au cheval par inoculation. M. Rayer a entrepris à ce sujet, avec M. Leblanc, des expériences qui ont été suivies d'un entier succès.

M. Dupuy prend la parole. Il fait observer que sous le nom de *morve* des chevaux, on a confondu deux maladies essentiellement distinctes. La morve chronique n'est autre chose qu'une affection tuberculeuse qui attaque particulièrement le poumon ; elle n'est nullement contagieuse. La morve aiguë, au contraire, est une affection éruptive éminemment contagieuse, qui a beaucoup de rapports avec la clavelée des moutons.

La lecture du mémoire de M. Rayer ayant absorbé la plus grande partie de la séance, la discussion est remise à la prochaine réunion de l'Académie.

Fausses membranes de la grippe. — M. le docteur Nonat présente un fragment de poumon pris sur le cadavre d'un individu mort de pneumonie à la suite de la grippe. Les divisions des bronches qui occupent la portion du parenchyme enflammé, sont remplies d'une fausse membrane d'apparence croupale.

Artérite. — M. le docteur Legroux présente ensuite le cœur et les principales artères d'une femme morte à la suite d'une attaque de rhumatisme aigu. Les émissions sanguines avaient calmé les symptômes du rhumatisme, quand des douleurs atroces éclatèrent le long des gros vaisseaux des membres. M. Legroux soupçonna de suite une artérite, et ce diagnostic ne tarda pas à être confirmé par la cessation des battements artériels. La malade est morte, d'ailleurs, sans qu'il se soit déclaré de gangrène. Les artères sont pleines de caillots adhérents.

Séance du 26 *février*. — On remarque dans la correspondance une lettre de M. Robert, de Marseille, qui donne l'histoire de quatre Arabes prisonniers dans cette ville, et qui tous quatre ont succombé à la phthisie pulmonaire, ce qui semble démontrer que cette maladie n'est pas si rare qu'on pourrait le croire sous le climat de la Régence. Ce fait doit être pris en considération au moment où

s'agite la question de fonder un établissement à Alger, pour les personnes à poitrine faible et délicate.

DISCUSSION SUR LA MORVE. — M. Barthelemy a la parole. L'observation, d'ailleurs pleine d'intérêt, que M. Rayer a communiquée à l'Académie, ne lui paraît point un exemple démontré de morve aiguë chez l'homme. Il y a deux espèces de morve chez les chevaux, ainsi que l'a établi M. Dupuy. La morve aiguë est peut-être beaucoup moins contagieuse qu'on ne l'a dit, et, d'autre part, la morve chronique l'est peut-être plus qu'on ne le croit. Le flux nasal, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, et les chancres de la pituitaire, constituent l'ensemble *pathognomonique* des symptômes de la morve aiguë. Un mouvement fébrile plus ou moins marqué se déclare dès le début. Le flux nasal se montre le premier; d'abord clair et abondant, il devient trouble et sanguinolent. La pituitaire se gonfle, devient livide et s'infiltre. Les narines se rétrécissent, la respiration devient oppressée, l'animal peut mourir asphyxié. Le farcin est une complication assez fréquente de la morve aiguë, mais en doit être toujours distingué. Alors, avec les symptômes de la morve, on voit se développer dans la direction des courants lymphatiques des tumeurs molles qui s'abcèdent naturellement si on ne les ouvre, et d'où s'écoule un liquide visqueux, rougeâtre, sanguinolent. La morve aiguë a une marche rapide; l'animal périt d'ordinaire du cinquième au douzième jour, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. La morve, soit aiguë, soit chronique, est incurable, mais quand elle affecte la forme chronique, elle est quelquefois remarquable par l'extrême lenteur de sa marche. Pendant plusieurs années, l'animal qui en est atteint peut conserver de l'embonpoint et de la vigueur. Il tombe ensuite dans le marasme, et meurt dans le plus affreux épuisement, si on ne l'abat pas, avant que la maladie ait achevé ses périodes. Le farcin complique rarement la morve chronique. Le farcin, d'ailleurs, est toujours facile à guérir, ce qui est encore une preuve de la distinction qu'il faut établir entre ces deux affections. Cela posé, M. Barthelemy aborde l'observation de M. Rayer, et examinant successivement le fait pathologique auquel elle a trait sous le rapport de l'étiologie, des symptômes et des lésions anatomiques, il s'efforce de mettre en saillie toutes les différences qu'il trouve entre ce fait et la morve aiguë. Il semblerait, d'après l'observation de M. Rayer, que le moyen de contagion de la morve aiguë est d'une extrême subtilité, puisqu'il a suffi à un homme de coucher près d'un cheval morveux pour contracter la maladie et en mourir.

Eh bien! quand un cheval devient morveux dans une écurie, il suffit habituellement de le mettre à l'écart et d'entretenir l'assainissement de l'écurie par les moyens de purification les plus simples, pour préserver tous les autres chevaux. Quant à la communication à l'homme, M. Barthelemy ne rapportera qu'un fait. Il se souvient qu'après les premières campagnes des armées de la république, il régna en France une épizootie de morve. Plus de 600 chevaux malades furent reçus à Alfort. Les palefreniers, les élèves étaient sans cesse au milieu de ces animaux; pas un seul cas de contagion n'a été noté, et certes s'il y en eût eu, le directeur de l'Ecole n'aurait pas manqué de le signaler. L'étiologie de la maladie décrite par M. Rayer est au moins fort douteuse. La description des symptômes laisse encore plus de doutes dans l'esprit de M. Barthelemy. L'éruption de la peau ne ressemble en rien à celle du farcin; la gangrène n'est nullement un accident de la morve; enfin il n'y a eu chez le malade de M. Rayer, ni flux par les narines, ni engorgement des ganglions sous-maxillaires. Pour ce qui est des lésions anatomiques, M. Barthelemy ne retrouve pas davantage les caractères de la morve dans les pièces que M. Rayer a présentées. La pituitaire était rouge; dans la morve elle est livide, ramollie, tombe parfois en lambeaux; les abcès des poumons et des muscles n'ont aucune valeur séméiologique, car ils sont très-rares dans la morve. Après cette discussion des détails relatifs à l'observation de M. Rayer, M. Barthelemy passe en revue toutes celles empruntées aux recueils de la science, et les partage en trois catégories. De tous ces faits, les uns sont sans valeur, les autres n'ont aucun rapport à la question; enfin quelques-uns seulement sont spécieux, et ne peuvent, comme celui de M. Rayer, rien décider.

L'heure avancée ne permet pas à M. Rayer de reprendre chacun des points de l'argumentation de M. Barthelemy. Il met en attendant, sous les yeux de l'Académie, de nouvelles pièces anatomiques qui proviennent d'un cheval morveux. Il appelle l'attention sur elles, afin d'apprécier sa description. M. Rayer répondra complètement à M. Barthelemy dans la prochaine séance. Dès ce moment, il soutient que le flux nasal, l'engorgement sous-maxillaire et l'ulcération de la pituitaire, ne sont point les caractères pathognomoniques de la morve. La morve aiguë a deux formes principales. M. Rayer désigne l'une d'elles sous le nom d'*ecchymotique et gangréneuse*, caractérisée par des ecchymoses, des gangrènes en divers points, des pétéchies, et des infiltrations san-

guines des poumons, etc. L'autre, décrite sous différens noms, a pour caractère une éruption dans les fosses nasales qui consiste dans des élevures solides ou purulentes, des ulcérations, des pétéchies de la pituitaire, du larynx, de la muqueuse bronchique, et même de la peau. MM. Dupuy et Darture ont publié trois observations de cette variété de la morve aiguë. M. Rayer lui-même a présenté à l'Académie plusieurs pièces des fosses nasales et des poumons, qui offraient les lésions appartenant à cette forme de la maladie, et qui ont été fournies par un cheval affecté d'une morve chronique sur laquelle s'était entée une morve aiguë. Enfin les deux espèces de morve aiguë se sont trouvées réunies sur le même individu. M. Rayer pourrait en citer des exemples dans lesquels on voit, outre les pustules et les abcès sous-cutanés, des ulcérations gangréneuses jusqu'aux parties génitales du cheval. Suivant M. Rayer, la morve aiguë n'est point, comme le donnerait à entendre la définition de M. Barthelemy, une affection purement locale, mais une maladie générale dans laquelle les diverses lésions apparentes à l'extérieur ne sont, comme le bouton dans la variole, qu'un *cachet* anatomique, et n'en constituent nullement la *nature*.

Séance du 7 mars. — Avant la reprise de la discussion sur la morve, l'Académie entend la lecture d'une lettre adressée par M. Adorne de Tscharner, au sujet de cette maladie. M. Adorne combat les opinions émises par M. Barthelemy. Il a été chirurgien dans six régiments de cavalerie, et il a eu fréquemment l'occasion d'observer la morve aiguë. Ce n'est point seulement un flux nasal avec ulcération de la pituitaire et engorgement sous-maxillaire. Cette série de symptômes se rencontre dans une infinité de cas qui sont très-éloignés d'être des cas de morve.

M. Adorne conclut avec M. Rayer, que la morve est une maladie générale, essentiellement contagieuse; il admet en même temps qu'elle n'est pas sans danger pour l'homme.

Suite de la discussion sur la morve. — M. Rayer, avant d'aborder directement les objections de M. Barthelemy, établit d'abord, par le témoignage positif de MM. Vigla et Leblanc, qu'il est bien certain que le palefrenier Prot a couché près d'une jument affectée de morve très-aiguë, livrée à l'équarisseur après douze jours de maladie au plus. Suffit-il maintenant que Prot dont, la constitution était détériorée par des excès d'ivrognerie, ait couché et dormi près de cette jument, pour contracter sa maladie sans toucher immédiat? Des faits nombreux et incontestables prouvent que le contact immédiat et l'inoculation ne sont point nécessaires pour la transmission de la morve aiguë parmi les chevaux; c'est souvent

à une assez grande distance qu'elle apparaît dans une même écurie sur plusieurs de ces animaux. Prot a donc pu subir les effets d'une simple infection. L'objection de M. Barthelemy, qui a présenté un grand nombre d'élèves d'Alfort et de palefreniers restés intacts au milieu d'une grave épidémie de morve, ne prouve pas plus l'innocuité de cette maladie pour l'homme, que le fait très-connu, par exemple, des équarisseurs de Montfaucon, rarement atteints du charbon, malgré le grand nombre de chevaux charbonneux qu'ils dépouillent sans précaution, ne prouve la non-contagion du charbon.

M. Rayer revient ensuite sur la définition de la morve aiguë. Il rappelle ce qu'il a déjà dit à ce sujet dans la précédente séance. La morve aiguë n'est point une affection purement locale : c'est une maladie générale, qui peut seulement être divisée en espèces sous le rapport des lésions organiques qui se développent dans son cours. M. Rayer insiste sur la division de la morve en trois espèces 1.° l'ecchymotique ; 2.° la pustuleuse ; 3.° celle qui réunit le double caractère anatomique de l'ecchymotique et de la pustuleuse. L'Académie a vu déjà des pièces anatomiques où cette dernière forme de la morve était manifeste. Aujourd'hui M. Rayer met sous ses yeux des pièces appartenant à la seconde forme (la pustuleuse), et qui offrent l'ensemble le plus complet des lésions propres à cette variété de la maladie, pustules de la pituitaire, de la peau, abcès sous-cutanés, pneumonies lobulaires, etc. A ces faits, qui lui sont particuliers, M. Rayer joint ceux de même nature publiés par les médecins vétérinaires qui ont le plus d'autorité ; il cite notamment une observation empruntée à M. Dupuy, et extraite d'un ouvrage remarquable par la fidélité des descriptions (*De la morve des chevaux*, p. 227). On voit dans les cas de morve aiguë cités, toutes les lésions observées chez le palefrenier Prot, éruptions purulentes, escharres à la peau, douleurs et tumeurs dans les membres, ulcérations sur les cornets, etc. Si Prot n'a pas rendu de mucosités par les narines antérieures, on les a trouvées obstruant les fosses nasales. D'un autre côté, le décubitus dorsal, qui a été permanent, n'a-t-il pas dû entraîner les mucosités nasales vers le pharynx ? Un point encore que M. Rayer signale, c'est que chez Prot la pituitaire n'était pas simplement rouge, comme on l'a dit ; avec un peu d'attention, on y distinguait bien vite une éruption pustuleuse abondante, qui, si la maladie se fût prolongée, n'eût pas tardé à être suivie d'ulcérations multipliées. M. Rayer n'admet point que l'on rencontrerait cette éruption pus-

tuleuse de la pituitaire dans des cas étrangers à la *morve*, si l'on examinait plus souvent qu'on ne fait les fosses nasales des cadavres humains. Ici d'ailleurs l'éruption s'étendait au larynx ; cet organe est l'objet d'un investigation habituelle dans les autopsies, est-il commun d'y observer des pustules ? M. Rayer, en se résumant, ne trouve rien dans l'observation de Prot, qui manque à l'analogie avec la morve aiguë du cheval. Enfin l'inoculation de l'humeur des pustules, de Prot, pratiquée sur un cheval dont les narines étaient dans l'état d'intégrité le plus parfait, et qui de suite a été isolé dans une écurie de M. Leblanc, a produit les effets suivants : éruption pustuleuse de la pituitaire ; larges ulcérations aux points inoculés et d'autres plus petites sur la cloison des fosses nasales ; ulcérations et pustules des paupières ; points hépatisés et ecchymosés dans les poumons ; cordons noueux et tumeurs pleines de pus formées par l'engorgement des vaisseaux et ganglions lymphatiques sous-maxillaires, etc. Cette épreuve ne doit plus laisser de doutes. M. Rayer pense encore que si plusieurs des faits publiés et rapportés à la morve aiguë chez l'homme, sont loin d'être à l'abri de la critique ; classés en deux séries comprenant l'une la morve inoculée, l'autre, la morve contractée par infection, tout incomplets qu'ils sont, ils offrent encore tant de points de similitude, qu'il serait fâcheux d'en déshériter la science.

M. Boulay, après avoir pesé les analogies et les différences du fait de M. Rayer, avec les phénomènes de la morve, conclut que si ce n'est pas précisément un exemple de morve aiguë, il s'en rapproche du moins beaucoup.

M. Barthelemy réplique. Il répond d'abord à la lettre de M. Adorne. Il n'a jamais voulu soutenir que le flux nasal, l'engorgement sous-maxillaire, l'ulcération de la pituitaire, fussent exclusivement observés dans la morve. Ce qu'il a dit, il le répète ; c'est que ces trois symptômes sont constants dans cette maladie, et que leur réunion est indispensable pour qu'elle existe. Il n'a pas davantage voulu dire que le séjour d'une écurie renfermant des chevaux morveux fut exempt d'inconvénients ; mais ce qu'il affirme c'est que ce séjour ne suffit pas pour que la maladie se propage. M. Barthelemy s'adresse ensuite à M. Rayer. Il n'a jamais nié que Prot ait couché dans l'écurie près de la jument morveuse. Mais ayant appris du *commandant* de l'écurie que cet homme n'a jamais même pansé cet animal, il ne peut concevoir la propagation de la la morve, car il n'admet point l'infection. Les mains des palefreniers, les brosses, les éponges, sont plus que suffisantes pour le

transport du *contagium* dans les cas qu'on a présentés comme des cas d'infection. Le fait que que M. Rayer emprunte à l'appui du sien à M. Dupuy, ne prouve rien. Il y avait des pustules dans les deux cas ; mais les pustules n'appartiennent point à la morve aiguë comme caractère essentiel, c'est un simple accident et rien de plus. Il est vrai que M. Rayer veut établir plusieurs espèces de morve, mais c'est alors dénaturer la question. Cette doctrine, présentée par M. Rayer, est celle d'un seul auteur ; il faudrait d'abord démontrer qu'elle est vraie. Tous les vétérinaires ne l'adoptent pas. Prot n'a pas eu de flux nasal. C'est envain qu'on prétendrait que ce flux a eu lieu dans le pharynx. Dans le coryza ordinaire, on a beau être couché, l'écoulement des mucosités au-dehors n'en a pas *moins* lieu. Reste l'inoculation de l'humeur des pustules de Prot, qui a donné la morve à une jument. Mais qui peut savoir si même chose ne fût pas arrivée après l'inoculation de toute autre matière délétère ? C'est une contr'épreuve que M. Rayer n'a pas faite. — M. Rayer répond que le produit de la morve chronique a été inoculé sans autre résultat que des phénomènes inflammatoires à l'endroit des piqûres. Le développement des pustules de la pituitaire chez le cheval inoculé avec l'humeur des pustules de Prot, lui paraît décisif. — M. Barthelemy a fait aussi des inoculations, et il est loin d'avoir obtenu les mêmes résultats que M. Rayer. — M. Velpeau a vu le malade de M. Rayer ; il a cru à l'existence de la morve aiguë chez ce malade. Les objections de M. Barthelemy ont fixé toute son attention ; il croit qu'elles peuvent se réduire à trois. 1° Si la morve pouvait se communiquer à l'homme, il y a longtemps qu'on l'eût découvert. M. Velpeau ne voit pas la force de cette objection ; car la date d'une découverte ne fait rien à sa vérité. 2° La transmission de la morve du cheval à l'homme renverse toutes tes idées reçues. Si la chose est, qu'y faire ? Si ce n'est de la reconnaître sans s'inquiéter des conséquences. 3° Les symptômes de la morve n'existaient pas chez le malade de M. Rayer. M. Velpeau convient qu'il n'y avait pas de flux nasal extérieur, mais il comprend très-bien qu'il ait pu avoir lieu dans le pharynx, *comme cela arrive dans le coryza ordinaire lors du décubitus dorsal.* Prot rejettait par la bouche des matières muqueuses, jaunâtres, écumeuses, qui pouvaient sans doute venir des bronches, mais qui peut-être aussi provenaient des fosses nasales. L'engorgement des ganglions sous-maxillaires existe dans un grand nombre de cas morbides qui n'ont aucun rapport entr'eux, et l'on ne doit pas s'en occuper ici. D'ailleurs, quand il s'agit d'un principe délétère

en circulation dans l'économie, les abcès spontanés du tissu cellulaire, comme les engorgements ganglionnaires, sont des signes communs et d'une valeur égale. Enfin si quelques nuances distinguent la morve chez l'homme de la morve chez le cheval, qu'y a-t-il là qui doive étonner? la dissemblance des organisations ne semble-t-elle pas au contraire l'exiger? La pathologie de l'homme n'a rien qui se rapporte à la maladie de Prot. Cet homme a séjourné près d'un cheval morveux avant de tomber malade; les accidents qu'il a éprouvés se rapprochent beaucoup de ceux observés chez ce cheval; l'inoculation des humeurs morbides recueillies chez cet homme a donné la morve à un nouveau cheval. S'il n'y a pas ici démonstration absolue, dit M. Velpeau, que la morve est transmissible des animaux solipèdes à l'homme, il y a du moins les plus fortes présomptions de le croire.

Séance du 14 mars. — TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LA MÉTHODE DE M. DELAROQUE. *Rapport de M. Andral.* — Ce rapport était depuis longtemps attendu. M. Andral fait remarquer qu'une question de thérapeutique ne peut être vidée qu'avec des faits qui toujours s'assemblent lentement; d'où il résulte que le rapport qu'il présente ne peut lui-même être regardé que comme provisoire. La commission avait d'abord décidé que 300 malades seraient soumis; 100 au traitement par les saignées, 100 à celui par les purgatifs, 100 aux simples délayans. Il a été impossible de suivre ce plan d'expérimentation. — Après avoir rappelé les théories les plus marquantes qui ont régné sur la fièvre typhoïde dans ces derniers temps, celle de l'école du Val-de-Grace et celle qui, outre l'inflammation du tube digestif, admet *l'élément typhoïde* produit par l'absorption dans l'intestin, soit des matières altérées de la sécrétion des follicules malades, soit de celles des ulcérations, soit enfin du résidu des digestions, doctrine complexe qui semble destinée à concilier toutes les autres, M. Andral évoque la théorie de Stoll, qui ne voyait dans la fièvre grave que le résultat de l'excès de la sécrétion de la bile, qui, devenue âcre et irritante, se changeait en un vrai poison. C'est cette théorie qu'a adoptée M. Delaroque, et qui guide sa pratique depuis plusieurs années. M. Andral fait sentir ce qu'elle a d'hypothétique; mais, dit-il, il ne s'agit pas dans un fait de thérapeutique, d'examiner la théorie qui l'interprète, mais bien la réalité des observations sur lesquelles il se base. Quelle que soit la forme de la fièvre typhoïde, M. Delaroque débute par un émétique, et dès le lendemain il fait prendre une bouteille d'eau de Sedlitz ou tout

autre purgatif, et continue ainsi jusqu'à la disparition des phénomènes graves; après quoi il commence à nourrir les malades. M. Delaroque joint une statistique à son mémoire. Sur 100 malades traités par les évacuans, 10 seulement sont morts; encore plusieurs à leur entrée à l'hôpital étaient dans un état désespéré ou *avaient été saignés.* — Quoique cette méthode ait eu encore peu de retentissement, plusieurs praticiens l'ont expérimentée. M. Piedagnel a publié le résultat de ses observations. Sur 184 malades traités par les purgatifs, 19 sont morts. (Un septième). M. Piedagnel associait quelquefois la saignée aux purgatifs. M. Louis a également mis la méthode de M. Delaroque en usage. Sur 31 malades, 28 ont guéri, 3 sont morts; 1 sur 10. Il y avait 7 cas graves, 8 moyens et 14 légers. Deux des trois morts font partie des sept cas graves, un appartient aux cas moyens. Enfin M. Andral a expérimenté de son côté. 48 fièvres typhoïdes ont été soumises au traitement par les purgatifs. Tous les malades qui n'avaient que des symptômes légers ont guéri. 11 donnaient des inquiétudes, il en est mort deux. 7 étaient atteints au plus haut degré, 6 ont succombé. Les trois catégories confondues donnent sur 48 malades, 8 morts, c'est-à-dire, un sixième, résultat moins avantageux que celui de MM. Delaroque, Louis et Piedagnel. M. Andral fait remarquer comme les cas graves résistent aux purgatifs; mais il signale aussi le fait auquel les idées reçues ne préparaient guères, c'est-à-dire, l'innocuité bien évidente de ces agents thérapeutiques qui, loin d'aggraver les symptômes du mal, ont toujours paru les modérer et souvent les ont arrêtés dans leur marche. M. Andral a fait en outre des expériences comparatives. En 1333, 1834 et 1836, il a traité 18 fièvres typhoïdes par les saignées et les purgatifs; il a perdu 6 malades; 1 sur 3. Dans le même espace de temps il a traité 27 fièvres par les émissions sanguines seules. Un tiers de ces fièvres était extrêmement grave, les deux autres étaient légers. 6 malades sont morts, un peu moins d'un quart. D'un autre côté M. Andral n'a employé que de simples délayants dans 14 cas, à la vérité légers; tous les malades ont guéri. L'avantage semblerait donc être en entier pour la méthode expectante. Mais, dit M. Andral, il ne faut pas s'empresser de conclure. La statistique est d'une application extrêmement difficile aux faits de la médecine. Si peu de cas se ressemblent, qu'il faut de la prudence pour donner à un fait la valeur d'une unité, il n'y a pas de pratique qui n'invoque la statistique, jusqu'à l'homœopathie et le magnétisme.

SUITE ET FIN DE LA DISCUSSION SUR LA MORVE. — Après cette

lecture, l'ordre du jour appelle la suite et la fin de la discussion sur la morve. — M. Barthelemy soutient, malgré l'argumentation de M. Velpeau, qu'il est impossible que depuis que la morve est connue, et cela remonte à Pline et même à Aristote, si cette maladie avait pu se transmettre à l'homme, on ne l'eût pas signalé. Puisqu'il n'y a rien dans la pathologie humaine qui ressemble à la morve, l'étrangeté de cette maladie eût dû la signaler aux médecins. — M. Barthelemy repousse la supposition du flux nasal qui aurait eu lieu dans l'arrière-gorge, chez Prot. Quand le nez coule, c'est au-dehors et dans toutes les positions. — Quant à l'inoculation pratiquée par M. Rayer : dès que la contr'épreuve dont a parlé M. Barthelemy n'a pas eu lieu, on ne peut en tirer aucune conclusion. — M. Barthelemy persiste à ne point reconnaître les véritables caractères de la morve dans les pièces qui lui ont été présentées. — M. Rayer réplique qu'il est impossible de douter que ce soit véritablement la morve qui s'est déclarée chez la jument soumise à l'inoculation par lui pratiquée. Il y avait flux nasal, chancres, glandage, et M. Barthelemy n'exige rien de plus. Du reste, trois vétérinaires très-distingués, MM. Caleman, Turner et Sewel ont obtenu absolument les mêmes résultats d'une inoculation faite aussi d'hommes affectés de morve, à des ânes. Enfin plusieurs vétérinaires d'un mérite non moins grand, admettent aujourd'hui la possibilité de la communication de la morve à l'homme. M. Youott, professeur à l'Université de Londres, est de ce nombre. Après quelques paroles prononcées dans ce même sens par M. Velpeau, M. Dupuy termine la discussion en se rangeant de l'avis de M. Rayer.

VARIÉTÉS.

NOTICES NÉCROLOGIQUES.

Desgenettes. — Ant. Dubois.

Deux des plus grandes illustrations médicales de notre époque viennent de disparaître. Desgenettes, Dubois, célèbres à des titres divers, ont descendu dans la tombe à quelques jours de distance l'un de l'autre, après avoir fourni une longue et active carrière.

Desgenettes, né à Alençon en 1762, est mort dans les premiers jours du mois dernier, professeur de la Faculté de Médecine de Paris, dont il avait été arbitrairement expulsé en 1822, avec les

Pinel, les de Jussieu, les Deyeux, avec Dubois, et où il était rentré après la révolution de juillet. Une notice sur les principaux événements de la vie et sur les ouvrages de ce médecin, plus célèbre par sa carrière militaire que par son enseignement, est insérée dans la *Biographie médicale*, dont il fut collaborateur, et nous dispense de les rappeler maintenant.

M. Dubois, professeur honoraire de la Faculté de Médecine, a été enlevé le 30 avril, après quelques jours de maladie. Le concours immense d'individus de tous rangs et de toutes classes, d'étudiants, de médecins, de membres de l'Académie et de la Faculté qui se pressaient à ses obsèques, rendait un digne hommage à la mémoire de cet homme célèbre, qui fut l'un des plus habiles et des plus populaires chirurgiens de l'Europe. Nous extrayons du discours prononcé sur sa tombe par M. Orfila, doyen de la Faculté, les détails qui concernent cet ancien professeur, et la juste appréciation de ses services et de ses hautes facultés.

« Antoine Dubois, fils du receveur de l'enregistrement et des domaines de Gramat, naquit dans cette commune du département du Lot, le 17 juillet 1756. Après avoir fait ses études au collège de Cahors, il partit pour Paris, où il arriva à l'âge de vingt ans ; il ne lui restait, ainsi qu'il se plaisait à le raconter, que deux sous et demi.

« Il débuta dans la capitale par suivre le cours de philosophie que Chauveau-Lagarde professait au collège Mazarin, tout en donnant des leçons de lecture et d'écriture, et en copiant des exploits chez un huissier. Dix-huit mois après, il fut présenté à Desault, qui lui enseigna les premiers éléments de la science, et le nomma bientôt son prévôt. A dater de ce moment, Dubois se livra successivement à l'enseignement particulier de l'anatomie et des accouchemens, et put déjà subvenir à ses besoins. A la fin du règne de Louis XVI, il fut désigné comme professeur d'anatomie au collège des chirurgiens de Paris; le même enseignement lui fut aussi confié à l'Ecole de santé, lors de son organisation en 1794, et il s'en acquitta avec distinction jusqu'à la mort de Desault, dont il fut appelé à recueillir la succession chirurgicale. Chargé pendant trente ans de l'enseignement public de la clinique externe, il fut privé de sa chaire en 1822, lorsque, par une mesure inouïe, les plus grandes illustrations de la Faculté en furent tout-à-coup éloignées. Hâtons-nous de le dire toutefois, sous le même pouvoir, une administration plus équitable lui conféra de nouveau, en 1829, le titre de professeur de clinique chirurgicale. En août 1830, il accepta le décan-

nat, qu'il ne voulut conserver que pendant neuf mois, et, deux ans après, il demanda et obtint sa retraite de professeur.

« Dès l'année 1802, Dubois avait été choisi par le conseil-général des hospices pour diriger le service chirurgical de la Maison de santé nouvellement établie, qui a depuis porté son nom, et qui a tant contribué à agrandir sa réputation. En 1810, il remplaça Baudelocque à la Maternité; lui seul pouvait y faire oublier les succès de son prédécesseur. Créé baron de l'Empire à la même époque, il reçut la croix d'officier de la Légion-d'honneur en 1831. Il fut nommé membre de l'Académie royale de Médecine, en 1820, lors de l'institution de ce corps savant.

« L'immense renommée que Dubois s'est acquise pendant sa longue carrière n'est pas le fruit de ses travaux littéraires, car il ne laisse que quelques écrits de peu d'étendue; elle est basée sur sa pratique, sur une pratique, sur une probité chirurgicale à toute épreuve, sur son enseignement, sur les rares qualités de son esprit et sur la bienveillance de ses relations avec ses confrères, bienveillance qui, pour avoir été poussée à l'extrême, ne s'est jamais démentie. Interrogez les gens de l'art qui exercent en France, et qui, pour la plupart, sont ses élèves; demandez à ces étrangers qui accouraient de toutes les parties du monde pour suivre la clinique de notre collègue, comment il s'acquittait de ses devoirs : ils vanteront la rectitude de son jugement, l'esprit d'investigation qui lui faisait rapidement reconnaître dans les maladies les symptômes les plus insaisissables, son habileté dans le diagnostic et son tact chirurgical; ils vous parleront du calme, du sang-froid et de la dextérité avec lesquels il opérait, de la simplicité des procédés qu'il mettait en usage, de la prodigieuse facilité avec laquelle il inventait au besoin de nouveaux instruments et de nouvelles méthodes, de la répugnance qu'il éprouvait à entreprendre de ces opérations hardies qui abrègent si souvent les jours des malades, et de son influence sur les opérés. Dubois, en effet, savait agir sur eux quelquefois par la fermeté, toujours par la patience et par une bonté touchante. Mais notre collègue n'excellait pas seulement dans la pratique de la chirurgie : l'art des accouchements n'a jamais été exercé avec plus de succès et d'éclat que par lui. Doit-on maintenant s'étonner si Dubois était à chaque instant recherché par des confrères qui voulaient s'éclairer de ses avis, et par ses nombreux malades qui assiégeaient ses brillantes consultations? Aussi l'avons-nous vu recevoir du plus grand monarque des temps modernes, la haute mission d'aider à la naissance du prince qui devait régner sur la France.

Le talent du professeur ne le cédait en rien à celui de l'opérateur. Doué d'une élocution facile, Dubois captivait son auditoire par la simplicité de son langage à la fois aphoristique et clair, par l'évidence de ses démonstrations et par les ressources de son esprit. Jamais l'art d'exposer ne fut porté plus loin, et celui qui ne profitait pas de ses leçons devait renoncer à jamais à l'étude de la médecine.

Dans sa vie privée, nous voyons Dubois constamment occupé à soulager les misères d'autrui; il a été souvent au-devant de l'infortune pour lui prodiguer des secours de toute espèce. Depuis longues années son existence était tout-à-fait patriarcale; il préférait à tout le charme de son intérieur. Entouré et adoré de ses enfants, de ses petits-enfants, de ses arrière-petits-fils et de ses gendres, il goûtait les délices d'une conversation spirituelle et grave, qu'il écoutait quelquefois sans y prendre part, et qu'il n'interrompait jamais que pour placer quelques mots heureux et pleins de finesse. Les succès de famille étaient pour lui un grand sujet de satisfaction et de joie : il ne cachait pas son bonheur lorsqu'on lui parlait de la haute raison, du profond savoir et de la modestie de celui qui perpétuera si dignement son nom, et lorsqu'on aplaudissait à des alliances dont s'honorent les sciences et la magistrature.

BIBLIOGRAPHIE.

***Traité de diagnostic et de séméiologie;* par P. A. PIORRY. *Tome I*er. Paris, Pourchet, libraire-éditeur, rue des Grés-Sorbonne, nº 8; et Germer-Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, nº 13 (*bis*).**

Si le diagnostic des maladies ne constitue pas toute la médecine, il en est du moins la base la plus sûre. La tendance de l'époque devait imprimer une vive impulsion à cette partie si positive des études médicales, aussi ses conquêtes ont été rapides et nombreuses. Mais toutes ces richesses sont dispersées, et comme l'a dit Haller, il est des périodes dans les sciences, où les matériaux abondent, et c'est alors qu'il importe de les coordonner, si l'on veut éviter le cahos, et de poser des *jalons*, si l'on veut marcher en avant. M. Piorry, homme laborieux, a cru le moment opportun pour poser un de ses jalons dans la science du diagnostic : nous pensons comme lui, et nous le félicitons d'avoir entrepris la tâche.

M. Piorry n'a encore publié que le premier volume de son traité. Ce volume comprend : 1° l'exposition d'une nouvelle nomenclature pathologique ; 2° des considérations générales qui se rattachent à tous les éléments du diagnostic ; 3° le diagnostic spécial des maladies des organes, de la circulation et de la respiration.

Malgré les efforts de M. Piorry pour motiver et soutenir la nomenclature qu'il propose, et quoique nous sentions, comme tout le monde, le besoin d'une réforme dans le langage médical, nous persistons à croire que le temps de cette réforme n'est point venu. Le langage d'une science ne devient rigoureux et précis qu'autant que les notions qui la composent ont elles-mêmes acquis toute la rigueur et la précision qui fixent leur stabilité. Or, les idées médicales sont loin encore de ce degré d'exactitude ; toute néologie nous semble donc d'ici long-temps peut-être, plus embarrassante qu'utile. — Nous aimons mieux suivre M. Piorry dans le champ de l'observation clinique.

Après des préceptes fort sages sur la manière d'interroger les malades, art si difficile, et qui exige, outre de longues études, toute l'application d'un esprit juste et pénétrant, M. Piorry aborde dans ses considérations générales, les sources du diagnostic. Il parcourt sous ce point de vue, les causes de maladies, les symptômes, les signes, et enfin le traitement. Chacun de ces chefs est épuisé avec une critique sévère qui attache l'attention et jette sur la discussion un intérêt que ne semblait pas d'abord comporter la banalité du sujet. — Pour procéder à l'étude des symptômes, M. Piorry fait ressortir l'avantage de l'ordre physiologique, lequel examinant successivement chaque collection d'organes qui se lient plus ou moins étroitement par la solidarité de leurs fonctions ou les relations sympathiques, permet mieux que tout autre de saisir le point de départ des troubles morbides et de poursuivre leur généralisation. Quoique M. Piorry se déclare formellement organopathologiste pur, et s'écarte soigneusement de toute voie, même détournée, qui semble mener aux questions abstraites, la méthode numérique n'est point à ses yeux d'une valeur aussi constante qu'on l'a dit. S'il admet son utilité pour éclaircir des points obscurs de diagnostic, il rejette son application à la thérapeutique. Ce ne sont point, dit-il, les chiffres établis sur les cas passés qui guident le praticien au lit du malade, il devra bien plutôt s'en rapporter à l'examen actuel des organes et des fonctions, et interrogeant l'*organisme* avec soin, s'élever par l'interprétation réfléchie des symptômes, à la méthode therapentique qu'il croira la

meilleure, d'après l'inspiration du moment. Aussi, pour ce qui est du traitement, comme source de diagnostic, M. Piorry n'y accorde qu'une attention très secondaire, car quel est le médicament qui ne convienne qu'à une espèce de mal, et qui lui convienne toujours? quelle est la médication réellement spécifique?

La partie la plus importante du livre de M. Piorry est celle qui a trait à l'exploration des organes de la circulation et de la respiration. C'est ici que la critique et la discussion s'activent au milieu des questions qui s'agitent à chaque pas, par suite des recherches propres à l'auteur. M. Piorry décrit d'abord avec le plus grand développement tous les moyens d'exploration du cœur, soit à l'aide des signes dits physiques, soit à l'aide des signes fonctionnels ou physiologiques fournis par cet organe, ou ceux qu'il influence plus ou moins directement. Tout ce que la science possède sur la matière se trouve inclus dans ce premier chapitre. L'appréciation des faits y est toujours consciencieuse, mais il est saillant que la *percussion* y a obtenu une faveur marquée. Certes nous sommes convaincus, comme M. Piorry, que l'entrainement des opinions avait trop détourné de ce moyen d'investigation dont Corvisart avoit déjà tiré tant de parti; nous sommes pressés de reconnaître aussi, combien il est devenu fécond entre les mains de M. Piorry, cependant nous craignons que parfois la subtilité ne soit née d'une trop grande préoccupation. Peut-on prétendre par exemple, sans encourir ce soupçon, distinguer par des nuances de sonoréité, les cavités droites des cavités gauches de cœur? Nous ne dirons rien non plus d'une opinion vers laquelle pencherait M. Piorry, qui attribue aux cavités droites du cœur le bruit éclatant de ses battements, et le bruit sourd aux cavités gauches, ce qui détruirait tout ce qu'on admet sur l'isochronisme des contractions et dilatations alternatives de ces cavités. Ce nous semble être une idée malheureuse que M. Piorry eût peut-être bien fait d'écarter.

Le second chapitre, relatif à l'exploration du cœur, est consacré au diagnostic spécial et comparatif de ses affections. M. Piorry trouve l'occasion d'exposer des résultats d'expérience souvent contradictoires à ceux signalés par les observateurs les plus marquants de l'époque. C'est ainsi que les différents bruits anormaux seroient loin d'être toujours en rapport avec les rétrécissements des orifices cardiaques, et que l'endocardite est une affection dont les signes ne sont pas près d'être déterminés avec la précision qu'on a voulu leur donner. Du reste, il n'est pas une lésion organique du cœur, si ce n'est peut-être la dilatation, dont le diagnostic soit assuré

comme on l'a dit. Tout ce chapitre mérite d'être lu et médité avec la plus grande attention.

Nous avons remarqué dans l'article des maladies de l'aorte, que M. Piorry cherchant à appliquer la percussion à la découverte de la dilatation de la crosse de cette artère est parvenu à l'atteindre en plongeant les doigts entre les sterno-mastoïdiens derrière le sternum. Quelquefois même, il lui est aussi *facile de palper l'aorte dans le thorax* que *la radiale au poignet*. (Addition 2, page 603).

M. Piorry a cru devoir faire suivre immédiatement le diagnostic des maladies des organes de la circulation par celui des altérations du sang. Ce chapitre pourrait être plus complet; on y trouve d'ailleurs des observations intéressantes sur la présence du pus dans le sang; et la division admise dans l'exposition des altérations de ce fluide repose sur un ordre bien compris et très-propre à diriger l'étude sur ce point de la science encore si peu avancé.

Dans l'exploration des organes de la respiration, M. Piorry ne borne point son examen à la poitrine, il remonte jusqu'aux fosses nasales. Les détails deviennent ici tellement multipliés qu'il est tout-à-fait impossible d'en présenter le résumé le plus succinct, sans dépasser de beaucoup les limites d'une analyse de journal. Du reste, on retrouve partout ce même esprit d'observation qui ne craint pas d'entrer dans les plus minutieuses recherches d'où souvent jaillit la clarté du diagnostic. C'est toujours aussi la même conscience dans la discussion; mais le lecteur sera frappé de nouveau de la prédilection de plus en plus patente, et qui se conçoit bien de l'auteur, pour un moyen d'exploration dont il peut presque revendiquer l'invention, s'il est vrai qu'une idée appartient moins à celui qui la conçoit qu'à celui qui la féconde. M. Piorry percute jusqu'aux fosses nasales.

Nous ne doutons point du succès de l'ouvrage que nous signalons au public. Le Traité de diagnostic n'a pas seulement le mérite rare dans les livres d'aujourd'hui, *de consister dans un ensemble de faits qui ont été vérifiés par son auteur*, il contient en outre un enseignement étendu qui doit en faire un guide clinique précieux.

HOURMANN.

Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la phthisie pulmonaire. Diss. inaug.; *par* M. M. HIRTZ. Strasbourg, 1836. In-4°.

On sait que les signes généralement connus de la phthisie sont

peu importants pour le diagnostic de la première et de la deuxième période, et que les signes fonctionnels ne peuvent fournir que des présomptions. Le principal objet du travail de M. Hirtz est de démontrer qu'il existe des signes qui peuvent faire reconnaître la phthisie dès son début, et par conséquent diriger les vues du praticien vers un traitement approprié, si toutefois il en existe.

Le premier chapitre est consacré aux signes tirés de la forme du thorax. M. Hirtz a mesuré comparativement les circonférences supérieures et inférieures d'un nombre considérable de sujets sains et phthisiques. (250 personnes non phthisiques, 100 hommes, 100 femmes, 50 enfans : 150 phthisiques ; 100 hommes, 50 femmes).

Or, voici ce qu'il a observé. A l'état normal, le thorax garni de ses parties molles a la forme d'un cône renversé. Chez les phthisiques, le thorax subit à son sommet un rétrécissement notable par suite duquel le cône thoracique se trouve situé en sens inverse. Cette déformation s'observe en général dans le début de la maladie ; elle augmente en raison directe des progrès de la phthisie ; chez la femme elle est toujours moins marquée et plus tardive que chez l'homme ; cette disposition est particulière aux phthisiques, et peut être regardée comme un signe certain de tubercules.

Il est facile d'apprécier l'importance de ces conclusions, et de voir quel jour la mensuration du thorax jetterait sur le diagnostic de la phthisie, si elles étaient vérifiées. Il est évident cependant que les parties musculaires et la graisse plus fortes qu'à la partie inférieure, peuvent devenir des causes fréquentes d'erreur, surtout au niveau du bord inférieur de l'aisselle, où M. Hirtz prend sa mesure supérieure. M. Hirtz a prévu cette objection et y a répondu en partie en disant que la déformation s'observe aussi chez les phthisiques encore peu amaigris, et qu'au contraire on ne la rencontre point chez les sujets qui tombent dans le marasme par d'autres causes que la tuberculisation. Mais ce dernier point est assez difficile à admettre, surtout si l'on remarque que l'amaigrissement a pour effet de laisser prédominer la forme du squelette ; or, le squelette du thorax a la forme d'un cône à sommet supérieur. De nouvelles recherches viendront sans doute éclairer ce point si intéressant.—M. Hirtz s'attache ensuite à démontrer ce fait déjà établi par Laennec, que l'étroitesse du thorax chez les phthisiques doit être regardée comme l'effet et non comme la cause des tubercules. Dans une de ses observations, en particulier, on voit le thorax d'abord bien conformé, devenir cylindrique, puis s'évaser inférieurement à mesure que surviennent les symptômes d'une phthisie accidentelle.

Chap. II. *Modification particulière du bruit respiratoire dans la période de crudité des tubercules.* — Depuis deux ou trois ans, les élèves de M. Louis, d'après M. Jackson, attachent beaucoup d'importance, comme signes de tubercules crus, à une modification dans laquelle le bruit respiratoire perd sa souplesse au niveau des points malades. C'est cette modification que M. Hirtz a découverte de son côté, et qu'il nomme *bruit respiratoire râpeux*. Le bruit bien plus rude qu'à l'état normal, se rapproche, par la clarté, de la respiration puérile, et se passe évidemment dans un nombre

plus petit de vésicules. M. Hirtz l'attribue à la présence des tubercules qui donnent plus de densité aux poumons, et à la dilatation supplémentaire des vésicules pulmonaires qui fonctionnent pour celles qui sont oblitérées. Il est difficile d'admettre simultanément ces deux causes, car dans quelques cas d'emphysème, comme l'a remarqué M. Louis, on entend le même bruit. C'est même là ce qui empêchera ce signe d'être, comme le veut M. Hirtz, un signe pathognomonique de tubercules crus. Mais dans les cas où il se rencontrera avec la matité, toute erreur de diagnostic sera impossible, car les tubercules seuls donnent lieu à ces deux signes réunis. Signalons ici une remarque qui a échappé à M. Hirtz, et que M. Jackson a consigné dans ses observations, c'est que l'expiration, dans ce cas, est plus bruyante et plus prolongée que l'inspiration.

Chap. III. *Râle caverneux caractérisant la période de convalescence des tubercules.* — Il est une espèce de crépitation particulière dont le timbre est clair, éclatant, comme métallique, plus superficielle que le râle crépitant ordinaire avec lequel il est quelquefois confondu, tandis que d'autres la confondent avec le râle muqueux. Ce râle, dit M. Hirtz, ne se manifeste que quand les tubercules commencent à se ramollir, et, comme son nom l'indique, paraît se passer dans les petites cavités formées aux dépens de la matière tuberculeuse ramollie. Il est au râle caverneux ce que sont les petites cavités aux larges excavations. Dès-lors il doit manquer après l'expectoration ; il est souvent masqué par le bruit râpeux. Tant de causes d'ailleurs font varier chez les phthisiques les râles qui se passent en partie dans les bronches, qu'il est difficile de le considérer comme signe pathognomonique du deuxième degré de la phthisie. On peut du reste lui appliquer le reproche que M. Hirtz fait à la pectoriloquie, dans son dernier chapitre, où il est question de la valeur de ce dernier signe et de celle du râle caverneux. « Que sera-ce, dit-il, qu'un diagnostic basé sur une nuance du plus au moins, dans l'intensité de la voix pectorale. Qui ne sent que ce qui sera pectoriloquie pour l'un, sera voix bronchique pour l'autre, et réciproquement. »—Dans ce dernier chapitre, il prouve, ce que personne ne conteste du reste, que la pectoriloquie peut manquer dans des cas où l'on rencontre des cavernes, et qu'elle peut au contraire se rencontrer dans des états bien différents du poumon. Mais il établit avec exactitude les diverses conditions nécessaires à la production de ce signe qu'il considère, comme on a pu le voir, comme peu certain. Pour lui, le seul signe certain de la phthisie au troisième degré, c'est le *râle caverneux*. Nous renvoyons pour plus de détails sur ce dernier point, à la thèse même de M. Hirtz, qui, malgré ce que nous avons cru pouvoir critiquer, est un de ces travaux que l'on consultera toujours avec fruit.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AVRIL 1837.

Mémoire sur quelques tumeurs de la face ; par M. Auguste BÉRARD, *agrégé en exercice près la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker.*

Bien que l'histoire des tumeurs de cette région ait été exposée avec soin dans les traités classiques de chirurgie, et que plusieurs d'entre elles aient même fait le sujet de monographies pleines d'intérêt, cependant il en est quelques-unes qui n'ont pas, je pense, été décrites, ou qui du moins n'ont pas été présentées avec leur véritable caractère ; tels sont les kystes séreux développés dans l'épaisseur des joues. Ces tumeurs seront l'objet de la première partie de ce mémoire.

Je présenterai, en second lieu, deux observations de ces collections purulentes et sanguines qui occupent la cloison des fosses nasales. Signalées d'abord par M. le prof. J. Cloquet, décrites ensuite avec plus de détails par un chirurgien étranger, le docteur Fleming, elles méritent, par leur rareté et les erreurs de diagnostic qu'elles ont occasionnées, de fixer l'attention du praticien.

§ I. *Kystes séreux des joues.*

Les kystes séreux développés dans l'épaisseur des joues se présentent rarement à l'observation ; aussi la plupart des

auteurs qui ont traité de la chirurgie, les ont-ils passés sous silence. Boyer, dont l'expérience était si vaste, mentionne, en parlant des tumeurs des joues, la fluxion, le cancer et les *tumeurs enkystées*. Il parle, avec quelques détails, des deux premières espèces de tumeurs. Quant aux kystes, il n'en donne aucune description. L'excellent article *Kyste*, du *Dictionnaire des Sciences médicales*, dans lequel M. Bricheteau a rassemblé une série de faits extrêmement nombreux sur les tumeurs enkystées des différentes régions et sur les kystes séreux en particulier, ne contient aucun exemple de ces kystes développés dans les parois des joues. C'est pour combler cette lacune, que j'ai cru devoir publier les deux faits suivants :

Obs. 1re. — Le nommé Nicolas Eugène, âgé de 6 ans, me fut présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, dans le mois de mars 1833. Ses parens me dirent que depuis sa naissance, sa joue droite avait un volume plus considérable que la gauche. Cette différence, peu sensible d'abord, avait toujours été en augmentant, sans occasionner d'autres inconvéniens que de la difformité et un peu de gêne dans les mouvemens de la mastication. Les moyens qui avaient été mis en usage pour combattre cette maladie, consistaient en applications d'emplâtres fondans et résolutifs ; leur emploi avait été complètement inefficace. J'appris en outre que l'enfant avait été présenté peu de jours auparavant, à la consultation de l'Hôtel-Dieu. M. Dupuytren après un examen attentif de la maladie, annonça à son auditoire qu'il considérait l'affection de la joue comme une *tumeur sanguine*, et qu'elle ne pouvait être guérie que par une opération difficile et dangereuse. Ces derniers détails m'ont été confirmés quelques jours après, par les internes attachés à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et par M. Dupuytren lui-même. Ces renseignemens me firent redoubler d'attention dans l'examen de la maladie.

L'enfant qui en était atteint, né de parens sains, le plus jeune de trois frères bien portans et d'une bonne constitution, a d'ailleurs toutes les apparences d'une santé florissante : embonpoint prononcé, chairs fermes, visage vermeil. Notre examen doit donc porter exclusivement sur l'affection locale de la joue. Cette région est actuellement le siége d'une tuméfaction considérable et qui

égale, si même elle ne le dépasse, le volume d'un œuf de poule. La peau est amincie et parcourue en différens sens par des vaisseaux fins et nombreux. En examinant l'intérieur de la bouche, on voit la face interne de la joue former une saillie convexe vers les arcades dentaires, et si le malade abaisse la machoire inférieure, cette saillie s'engage entre les dents écartées. Le toucher me fit reconnaître une tumeur molle, assez régulièrement circonscrite, exempte de battemens, insensible à la pression, qui d'ailleurs ne diminue pas son volume. La fluctuation n'y était pas parfaitement évidente. Plusieurs de ces caractères n'étant pas ceux qui appartiennent aux tumeurs érectiles, je conçus quelques doutes sur la nature de la maladie. J'eus alors recours à un mode d'exploration qu'on met surtout en usage pour constater la nature des tumeurs du scrotum, mais qu'en différentes circonstances, déjà, j'avais employé avec succès pour reconnaître des tumeurs ayant leur siége dans d'autres régions. Je fis placer l'enfant dans un lieu obscur, et pendant qu'un aide approchait une lumière aussi près que possible de la surface extérieure de la tumeur, j'examinai celle-ci du côté de la bouche; il fut alors facile de constater le passage des rayons lumineux à travers son épaisseur, et cette translucidité nous apprit qu'elle était formée par l'accumulation d'un liquide parfaitement transparent dans une poche uni- ou multi-loculaire. C'était donc un kyste, et non un fongus hématode, ainsi que l'avait pensé M. Dupuytren.

Voici d'ailleurs quelles étaient les limites de cette tumeur. En haut elle remontait vers la fosse canine jusqu'au-dessous du rebord inférieur de l'orbite; en arrière elle était bornée par le masséter, sur la face duquel elle anticipait un peu; en bas, elle s'étendait jusqu'à la base de l'os maxillaire inférieur : en avant enfin, elle avoisinait la commissure des lèvres. Elle paraissait donc s'être développée dans ce creux, ordinairement plein de graisse, qui existe entre la branche de la mâchoire et la face externe du buccinateur. Du reste, sa surface extérieure était arrondie avec de légères dépressions, sensibles seulement au toucher.

Je songeai d'abord à vider cette poche aqueuse à l'aide de la ponction, et à exciter ensuite l'inflammation adhésive de ses parois, par une injection, ainsi que cela se pratique pour l'hydrocèle; mais je fus retenu par la crainte d'avoir affaire à un kyste multiloculaire, l'existence de ces dépressions dont je viens de parler pouvant bien être due à la présence de cloisons qui sépareraient l'intérieur de la tumeur en un certain nombre de loges secondaires. Cette circonstance ne me permettant pas de vider

toutes les loges par une simple ponction, j'abandonnai ce projet pour l'extirpation du kyste, qui fut faite le 22 mars.

Une incision de trois pouces environ, fut pratiquée un peu au-dessous du sommet de la tumeur, dans une direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Elle offrait une légère courbure à concavité supérieure. La peau, une couche de graisse assez épaisse, quelques fibres de cette partie du peaucier auxquelles Santorini a donné le nom de *musculus risorius*, furent successivement divisés. Je découvris ainsi la surface extérieure du kyste formée par une membrane blanche très-mince et de nature fibreuse. Les deux lèvres de la plaie furent disséquées avec beaucoup de précaution pour ne pas ouvrir la tumeur, et d'un autre côté pour ne pas laisser sur elle une grande épaisseur de tissus. Un aide soulevait les parties à mesure qu'elles étaient détachées de la surface du kyste; ce mode de dissection permit de découvrir la presque totalité du kyste, à l'exception de la portion voisine de l'orbite. Je retranchai avec des ciseaux toute la partie du kyste qui avait été mise à nu : par ce moyen le fond de la poche seul restait dans la plaie. Le liquide qui s'écoula était limpide et transparent comme de l'eau, mais toute la poche ne fut pas vidée par cette opération. Les cloisons dont j'avais soupçonné l'existence partageaient en effét la tumeur en un grand nombre de loges secondaires, et celles de la partie supérieure dont je n'avais pu atteindre la surface, restèrent remplies de la sérosité qu'elles contenaient. Pour déterminer l'évacuation de ce liquide et en même temps provoquer l'inflammation adhésive des poches qui le renfermaient, je plongeai à plusieurs reprises un bistouri droit et pointu, à leur intérieur, à travers les cloisons du kyste.

L'opération ainsi achevée, je ne songeai pas à réunir par première intention les bords de l'incision faite aux tégumens, mais je remplis de charpie le fond de la plaie, des plumasseaux enduits de cérat les recouvrirent; quelques compresses longuettes et une bande méthodiquement roulée complétèrent le pansement. Le premier appareil fut levé en partie le quatrième jour, et en totalité le sixième. La suppuration d'abord un peu séreuse prit un caractère plus louable; elle devint plus liée et plus jaunâtre. Tout allait pour le mieux, lorsque le 2 avril, il se développa un érysipèle, qui partant des bords de la plaie, envahit bientôt la totalité de la tête. Cet érysipèle, accompagné de délire et d'une fièvre très-forte, compromit pendant quelques jours la vie du malade. Pour combattre cette grave complication, je prescrivis une diète sévère,

de légers laxatifs sur le tube digestif; les pieds furent entourés de cataplasmes sinapisés, la tête fut maintenue élevée et peu couverte : on frictionna légèrement les parties enflammées avec l'onguent napolitain, trois fois par jour. L'état du malade s'améliora beaucoup sous l'influence de cette médication, je songeai alors à déterminer le recollement des bords de la plaie par une compression modérée; mais cette compression détermina l'apparition d'un second érysipèle qui suivit exactement la même marche que le premier, et qui fut combattu avec le même succès par les mêmes moyens. Enfin, lorsque la plaie était presque cicatrisée, un léger écart de régime fut cause d'un troisième érysipèle qui suivit les mêmes phases, fut guéri par les mêmes remèdes, et présenta toutefois un peu moins de gravité que les deux précédens.

Cependant il restait deux tumeurs fluctuantes vers la fosse canine, précisément dans le point où la paroi externe du kyste n'avait pas été entièrement disséquée. Il me sembla que ces tumeurs étaient dues à la secrétion d'une nouvelle quantité de sérosité dans les loges qui n'avaient été que ponctionnées; mais j'espérai en même temps que la surface interne de ces poches, modifiée par l'irritation dont elles avaient été le siège, ferait les frais de la résorption du liquide épanché, ainsi qu'on l'observe dans la tunique vaginale du testicule après l'injection d'un liquide excitant dans sa cavité. Pour hâter cette résorption, je fis faire des frictions sur les tumeurs avec la pommade d'hydriodate de potasse iodurée. Mon attente ne fut pas trompée, et au bout de quelques jours, la résolution était complète. Il ne resta bientôt plus de la maladie et de l'opération, qu'une cicatrice linéaire blanchâtre, de deux pouces d'étendue. La joue, examinée deux ans après l'opération, offre exactement le même volume que celle du côté opposé, et tout prouve que la guérison de la maladie est définitive.

Je crois devoir rapprocher de ce fait une autre observation que j'ai recueillie presque à la même époque, et qui diffère de la première par l'âge du sujet qui l'a fournie, et parce qu'elle a été moins complète, le malade n'ayant pas consenti à l'opération.

IIe Obs. — Le nommé Patry Louis, âgé de 70 ans, vint à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, pour une maladie accidentelle. Mon attention fut attirée par une tumeur qu'il avait à la joue gauche. Je lui demandai depuis quel temps il était atteint de cette infirmité : il répondit que c'était depuis sa naissance. La tu-

meur avait à cette époque, au rapport de ses parens, le volume d'un petit œuf de pigeon : au moment où je l'examinai, elle offrait au moins celui d'un œuf d'oie. Elle présentait la même situation, les mêmes caractères physiques que celle du malade dont je viens de parler. J'eus recours au mode d'exploration que j'avais déjà employé pour reconnaître la translucidité de la première tumeur. Le résultat fut exactement le même. Cet homme étant avancé en âge, et la tumeur n'apportant aucune gêne aux fonctions de la bouche, je n'insistai pas pour l'en débarrasser, d'autant moins qu'il eût été extrêmement difficile de triompher de sa répugnance, car des médecins qui ignoraient sans doute la nature du mal, lui avaient recommandé de ne jamais laisser toucher à cette tumeur.

Je vais maintenant présenter quelques remarques générales à l'occasion des deux observations qui précèdent.

Les kystes séreux des joues ont une cause aussi obscure que celle de la plupart des tumeurs de même nature des autres parties du corps. Ils peuvent être congénitaux ou du moins se développer dès les premières années de la vie. Lorsqu'ils ont atteint un certain volume, celui d'un œuf d'oie, par exemple, leur accroissement semble s'arrêter. On voit en effet que la tumeur du second malade ne faisait plus de progrès depuis longues années, et qu'elle dépassait à peine le volume de la première. Ces kystes ne produisent aucune douleur ; ils n'ont guère d'autre inconvénient que de causer une difformité choquante et un peu de gêne dans les mouvemens de la joue. Ils peuvent être confondus avec un assez grand nombre d'autres tumeurs, telles que les abcès froids, les amas de salive dans une partie dilatée du canal de Stenon, les tumeurs érectiles, etc. Mais on pourra toujours les distinguer à l'aide de la lumière. En effet, l'on peut explorer la tumeur entre l'œil et une bougie avec autant de facilité qu'on le fait pour l'hydrocèle. En se plaçant dans un lieu obscur, et en approchant la flamme de la bougie tout près de la joue malade, pendant que l'on tient la bouche grandement ouverte, et que l'on examine la surface buccale de la tumeur, on constatera aisément le passage des rayons lumineux à travers la masse limpide et transparente du liquide enkysté. Or, nulle autre tumeur,

quand même elle serait parfaitement fluctuante, n'offrira ce caractère.

Quel traitement doit-on employer contre ces kystes? La disposition cloisonnée que présentait celui qui a été ouvert, disposition qui se rencontre assez souvent dans les kystes séreux des autres parties du corps, ne permet pas d'accorder beaucoup de confiance à la ponction suivie d'une injection irritante. On retirerait peut-être plus d'avantages d'aiguilles longues et fines, enfoncées en différents sens, dans l'intérieur du kyste; mais il faut attendre le résultat des expériences auxquelles on se livre en cet instant relativement à la cure des hydrocèles à l'aide d'aiguilles plongées à travers le scrotum, pour apprécier ce moyen à sa juste valeur. Si l'on se décidait à mettre à découvert la surface extérieure du kyste, il serait, je crois, convenable de se conduire ainsi que je l'ai fait dans l'opération que j'ai décrite plus haut. On devrait se borner à pratiquer sur la tumeur une incision unique, dirigée obliquement en avant et en bas. Sans doute en joignant à celle-ci deux autres incisions qui diviseraient crucialement les tégumens de la joue, on pourrait, avec plus de facilité, mettre à découvert la totalité de la face externe du kyste; mais cet avantage serait balancé par des inconvénients graves, et que l'on évitera sûrement en s'en tenant à une simple incision.

En effet, 1° le canal de Stenon serait nécessairement divisé par une incision verticale, d'où le danger d'une fistule salivaire; 2° un grand nombre de filets du nerf facial seraient coupés, et l'action des muscles de la face en pourrait être gênée. 3° La difformité après la guérison serait plus grande, et la branche supérieure de l'incision verticale ne pourrait être cachée par les poils de la joue. Après avoir mis à découvert la surface cutanée du kyste, on en devra retrancher toute la surface dénudée, en abandonnant la paroi buccale dans le fond de la plaie. L'ablation complète du kyste serait sans doute préférable, mais les rapports de sa face profonde

avec les parties voisines sont trop importants pour permettre d'en entreprendre la séparation avec le bistouri ; et il existe d'ailleurs entre elles des adhérences très-fortes qui s'opposent à son énucléation. L'opération ainsi achevée, il ne faudra pas tenter la réunion par première intention ; on devra au contraire provoquer la suppuration de la plaie, afin que la portion du kyste qui en occupe le fond se couvre de bourgeons charnus. Ce n'est qu'alors que l'on essaiera de réunir par seconde intention, et l'agglutination de ces bourgeons entre eux et avec ceux des parties plus superficielles déterminant l'occlusion complète de la cavité du kyste, sera nécessairement suivie d'une guérison à l'abri de toute récidive.

§ II. *Collections purulentes de la cloison des fosses nasales.*

La science est moins stérile sous le rapport des collections purulentes et sanguines qui occupent la cloison des fosses nasales, que sous celui des kystes séreux des joues. Il est probable cependant que ces collections sont rares, car elles ont échappé à l'attention de la plupart des praticiens, et les auteurs classiques de chirurgie n'en font nulle part mention. Elles ont été, je crois, signalées pour la première fois par M. le prof. Cloquet, et décrites par M. Arnal, son interne, dans le *Journal hebdomadaire*, N° 91, p. 544, an. 1830. Les trois observations qu'il rapporte offrent une assez grande ressemblance avec les deux que j'ai recueillies. Un travail un peu plus étendu a été publié sur ces tumeurs, par le docteur Fleming, chirurgien irlandais, dans le *Journal de Dublin*, en 1833. Ce travail a été analysé dans la *Gazette médicale de Paris*, 1833, p. 798. Je ne connais pas d'autre description ni d'observations nouvelles de cette maladie. Avant d'en tracer l'histoire, je vais rapporter les deux faits que j'ai recueillis à peu de jours de distance à l'hôpital de la Pitié, lorsque j'étais chargé de suppléer le professeur de clinique externe à cet hôpital.

OBS. Ire. — Le premier malade, nommé Cosnard Pierre, âgé de 18 ans, maçon, avait reçu quelques coups de poings sur le visage,

L'un entr'autres avait été assez fortement asséné sur le nez. Il en résulta de suite une douleur vive avec écoulement de sang. La douleur diminua peu à peu et disparut presque complètement le lendemain. Deux jours après, la douleur reparut dans le nez, offrant un autre caractère; elle était tensive et accompagnée de battemens. Cette partie se tuméfia et devint d'un rouge assez vif. En même temps, des tumeurs se formèrent dans les fosses nasales; elles acquirent bientôt un volume assez considérable pour gêner le passage de l'air. C'est à ce moment que le malade entra dans mon service, le 19 novembre 1836, douze jours après avoir reçu ses blessures. Voici quel était alors son état.

L'ouverture antérieure de chaque narine est entièrement fermée par une tumeur molle, blanchâtre, arrondie; chaque tumeur déborde par en bas la sous-cloison du nez, et soulève un peu en dehors la circonférence externe de la narine correspondante. A cet aspect, ma première idée, en approchant du lit du malade, fut qu'il existait deux polypes muqueux volumineux; mais le volume et la couleur du nez appelèrent mon attention. Cet organe était, au dire du blessé, presque doublé de volume; sa peau était d'un rouge vif: cette couleur, d'ailleurs insolite, disparaissait sous la pression: toute la région du nez était chaude. Ces symptômes joints au commémoratif, me firent de suite renoncer à ma première opinion. Je reconnus par le toucher qu'il y avait de la fluctuation dans chaque tumeur : un stylet porté dans les fosses nasales, fut aisément conduit entre les tumeurs et les parois supérieure, externe et inférieure de ces cavités; mais il fut impossible de le faire glisser le long de la cloison des fosses nasales. Il fut alors évident que chaque tumeur était formée par du liquide accumulé entre la cloison et la muqueuse qui la double.

Une ponction avec le bistouri étant faite sur l'une des tumeurs, celle du côté gauche, il en jaillit aussitôt une grande quantité d'une matière séro-purulente. A mesure que le liquide coulait au dehors, l'une et l'autre poches s'affaissaient, et toutes deux finirent par ne plus former qu'une légère saillie sur les côtés de la cloison. Le malade éprouva de suite un grand soulagement, et l'air put traverser librement les fosses nasales. Pour prévenir la reproduction des tumeurs, l'ouverture de la ponction fut maintenue béante, en passant chaque jour matin et soir un stylet entre ses bords. Un pus bien lié succéda au liquide séro-purulent qui remplissait d'abord les abcès : sa quantité diminua rapidement, et au bout de huit jours, les deux abcès et la plaie de la ponction étaient cicatrisés. Pendant ce temps, le nez avait repris son volume et sa couleur naturelle. Le malade sortit alors de

l'hôpital parfaitement guéri. La cloison des fosses nasales examinée à ce moment, ne présenta aucune saillie anormale, et son cartilage me parut parfaitement continu dans toute son étendue.

OBS. II. — Il y avait à peine deux mois que nous venions de recueillir cette observation, lorsqu'il se présenta dans nos salles un autre homme qui offrait des lésions identiques. Cet individu nommé Espinasse, Jean, âgé de 20 ans, avait reçu dans une rixe, le 1er janvier 1836, un violent coup de poing sur le nez. Huit jours après, il s'était aperçu de la formation de tumeurs à l'entrée des narines; cette tuméfaction avait été précédée de douleurs vives des fosses nasales, elle s'était accrue jusqu'au 14, époque où il était venu réclamer des soins à l'hôpital. Son état était en tout semblable à celui du premier malade. Même rougeur, même gonflement du nez, mêmes tumeurs arrondies, à pleines narines, molles, fluctuantes, faisant corps avec la cloison, libres à leur surface supérieure, externe et inférieure; enfin, mêmes circonstances commémoratives. Le diagnostic et le traitement dûrent être les mêmes. L'incision pratiquée sur l'une des deux tumeurs donna issue à un liquide mucoso-purulent comme dans l'observation précédente, et les deux tumeurs se vidèrent en totalité par cette unique ouverture.

Mais ici, la simple incision fut insuffisante pour procurer la guérison. Dans l'intervalle de chaque pansement, le fluide secrété s'accumulait de nouveau dans les foyers purulens, soulevait la muqueuse et reproduisait une tumeur presque aussi volumineuse que le premier jour. Afin de faciliter son écoulement au dehors, je pratiquai une ponction sur la tumeur qui n'avait pas été ouverte et qui jusqu'ici se vidait à travers la cloison des fosses nasales par la cavité de l'abcès du côté gauche. Je passai d'une narine dans l'autre, au travers de la cloison, et par les plaies des tumeurs, un séton composé de deux brins de fil. Les bouts en furent ramenés hors du nez et noués ensemble, de manière à embrasser dans un anneau peu serré, la partie inférieure de la sous-cloison, imitant ainsi ce que l'on pratique dans certains pays pour suspendre à cette partie différens ornemens. Le séton ne causa pas d'inflammation; le pus s'écoula librement au dehors, et bientôt le séton devenu inutile put être retiré. Une cure radicale et exempte de difformité dans la cloison des fosses nasales fut, comme dans le cas précédent, la suite du traitement.

En rapprochant ces deux faits des analogues mentionnés par M. J. Cloquet et par Fleming, nous en pourrons déduire la description générale suivante : Les bosses puru-

lentes de la cloison des fosses nasales reconnaissent assez souvent pour cause des contusions du nez; quelquefois on a vu naître ces tumeurs par suite de coryzas répétés ; dans quelques cas enfin leur cause est inconnue ; c'est alors surtout chez les sujets scrofuleux ou atteints de variole, de scarlatine, qu'on les observe.

Lorsque ces abcès succèdent à un coup, il s'écoule quelques jours entre la blessure et leur apparition. Le nez se gonfle en totalité ; la peau en est rouge, tendue, luisante ; toute la région est le siége d'une douleur tensive, lancinante ; alors se manifeste dans chaque narine une tumeur reposant par une base élargie, bien circonscrite, sur deux points opposés de la cloison des fosses nasales, le plus ordinairement vers la région antérieure. Le volume en est variable, tantôt petit, et ne remplissant pas entièrement la narine ; tantôt, au contraire, la dilatant fortement, et présentant à l'extérieur une saillie arrondie qui déborde de tous côtés l'ouverture antérieure des fosses nasales. Le passage de l'air par le nez est alors complètement intercepté, et les odeurs cessent d'être perçues. Dans tous les cas qui ont été publiés, soit par M. J. Cloquet, soit par Fleming, comme dans ceux que j'ai observés, le cartilage de la cloison était rompu, et il y avait une libre communication entre les deux tumeurs. Enfin la nature du liquide renfermé dans ces abcès n'est pas celle du pus bien lié ; c'est une liqueur séro-purulente qui, à une époque plus avancée de la maladie, prend une consistance glaireuse. Les parois du foyer qui la renferment sont limitées en dedans par le cartilage de la cloison, dont la continuité est, ainsi que je l'ai dit, constamment interrompue, et en dehors par la membrane pituitaire doublée de sa couche fibreuse qui sert de périchondre au cartilage de la cloison.

Ce n'est que dans un examen superficiel de ces abcès que l'on peut les confondre avec les polypes muqueux des fosses nasales, à moins qu'ils n'aient leur siége à une assez grande profondeur, et qu'il ne soit pas possible de les atteindre avec

le doigt. Dans le cas contraire, on les reconnaîtra à l'étendue de leur base, à leur résistance, et surtout à la fluctuation que l'on perçoit en plaçant un doigt sur chaque tumeur et en les pressant alternativement. Cette sensation appprend en outre que les deux abcès communiquent ensemble. S'ils étaient trop profondément situés, on aurait encore pour se guider les circonstances commémoratives; l'état du nez, etc..; l'on pourrait enfin, et sans danger, recourir à une ponction explorative.

Le pronostic de ces tumeurs n'offre rien de grave; si pourtant on les abandonnait entièrement à elles-mêmes, il y aurait peut-être à craindre une exfoliation des cartilages ou des os de la cloison des fosses nasales, et par suite une difformité considérable. Cette crainte est d'ailleurs hypothétique, et je ne connais pas d'observation qui la justifie.

Le traitement est fort simple · l'incision d'une seule tumeur suffit ordinairement pour amener l'évacuation complète du pus et la cicatrisation complète des deux foyers qui le renferment. Il faut avoir soin de maintenir pendant quelque temps les bords de l'ouverture écartés, leur recollement trop prompt exposant à la reproduction de la maladie. Si malgré cette précaution, le pus s'accumulait entre chaque pansement dans les tumeurs de la cloison, il faudrait ainsi que je l'ai pratiqué sur mon second malade, passer un séton à travers la cloison et en retenir les deux extrémités en les nouant au-dessous du nez. Le docteur Fleming a conseillé, pour hâter la guérison, de recourir à des lotions avec les sels de zinc ou de plomb, lorsque l'affection est aiguë, et à des solutions mercurielles, à l'onguent citrin ou à la pommade avec le sulfate de zinc, lorsqu'elle est chronique.

Dans les deux observations que je viens de rapporter, le liquide qui constituait les tumeurs de la cloison des fosses nasales était de nature mucoso-purulente; mais on trouve des épanchemens d'une autre espèce entre la muqueuse olfactive et le cartilage de la cloison, je veux parler de collections sanguines qui ont surtout été observées et décrites

par le docteur Fleming. Ces tumeurs résultent à peu près constamment de l'action d'un corps contondant sur le nez. On peut croire que la plupart des faits recueillis par le docteur Fleming avaient une origine analogue ; aussi le critique anglais qui rend compte du travail de M. Fleming dans la *Revue médico-chirurgicale*, remarque-t-il plaisamment que l'humeur querelleuse de ses compatriotes d'Irlande doit rendre les tumeurs de la cloison des fosses nasales extrêmement fréquentes, et que la chirurgie est probablement redevable au *schillelah* (sorte de bâton irlandais), d'une partie, au moins, du travail de M. Fleming. Le même auteur a vu une double tumeur sanguine de la cloison, être la suite d'une contusion qu'un cavalier avait éprouvée sur le nez par un coup de la tête de son cheval, sur laquelle il était penché. Ces tumeurs apparaissent peu d'instans après la cause qui leur donna naissance. Il est rare qu'il s'écoule plusieurs heures avant qu'elles ne se manifestent. Tantôt il n'y a qu'une simple ecchymose dans la muqueuse olfactive ; d'autres fois c'est une tumeur d'un volume plus ou moins considérable qui remplit la narine ; il peut n'y avoir qu'une seule tumeur occupant l'un des côtés de la cloison ; le plus souvent il y en a deux, et alors constamment elles communiquent ensemble à travers le cartilage brisé de la cloison. L'étendue et la forme de ces tumeurs sont très variables, leur coloration est d'un pourpre noirâtre : elles offrent d'ailleurs les mêmes caractères physiques que ceux des bosses purulentes, et elles apportent la même gêne à la respiration et à l'olfaction.

Les indications qu'elles présentent ne diffèrent pas de celles des collections sanguines qui se forment dans d'autres parties du corps. Il convient de tenter d'abord la guérison à l'aide des moyens résolutifs ; mais si la résorption du sang épanché tardait trop à se faire, il serait préférable d'en procurer l'évacuation par des incisions appropriées ; en suivant une conduite opposée, on s'exposerait à voir survenir une inflammation de mauvaise nature des parois du foyer sanguin et la destruction

d'une partie de la cloison des fosses nasales, par suite de la dénudation prolongée et de la mortification de son cartilage.

Remarques sur les grossesses extra-utérines, avec une observation unique dans son espèce; par FAGES, *premier chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloy, de Montpellier* (1). (Mémoire adressé à l'Académie royale de chirurgie en 1793, publié par J.-E. DEZEIMERIS).

S'il est vrai qu'on ne peut interpréter ni aider la nature dans ses opérations qu'autant qu'on la connait par des observations fondées sur des faits bien observés, il n'est pas moins vrai que pour la bien connaitre il faut porter dans cette étude cet esprit philosophique, je veux dire cet esprit libre ou dégagé de tous les préjugés que nous donne l'éducation ; il faut l'observer, tantôt dans l'ensemble de ces ouvrages, et tantôt dans les différentes parties de cet ensemble, afin d'en mieux connaître tous les rapports. C'est là le vrai moyen de la voir

---

(1) *Lettre de l'auteur à M.* SUE, *secrétaire de l'Académie de Chir.*

J'ai l'honneur de vous adresser un petit mémoire sur les grossesses extra-utérines, avec une observation unique dans son espèce. Vous serez peut-être surpris d'en avoir vu une ébauche très-imparfaite dans le Journal de Fourcroy. Elle est du second médecin de notre hôpital, qui, par pique ou je ne sais pourquoi, s'est empressé de la publier après avoir vu la pièce dans mon cabinet d'une manière bien superficielle, car il se bouchait le nez en la regardant, et plusieurs personnes qui sont venues avec lui l'ont blâmé d'avoir eu la témérité de donner cette observation d'après un examen aussi léger. Vous jugerez par là combien cette observation doit être peu exacte, et le motif qui l'a engagé à la publier sans en connaître le contenu. Il est bon de vous dire que dans cette ville surtout, les médecins croient avoir une entière subordination sur les chirurgiens, sur quoi ils pourraient bien se tromper.

Au reste, si l'Académie juge mon petit mémoire digne de quelque récompense, je me ferai non-seulement un devoir, mais un plaisir de lui faire passer la pièce anatomique que je conserve dans mon cabinet. Je suis en attendant votre réponse, etc.

et de l'observer dans toute sa nudité, et sans les bigarrures que lui prêtent nos préjugés et nos opinions.

Il en est de l'étude de la nature comme des autres sciences et arts, on la manque souvent parce qu'on ne se tient pas assez en garde contre la première impression qu'elle fait sur nos sens, ou parce qu'on l'observe au hasard et qu'on veut la saisir toute entière au premier fait qu'elle nous présente. Ce sont toutes ces vicissitudes qui jettent des doutes, et qui forment cette longue chaîne d'erreurs qui se sont propagées et se propagent encore dans cette partie de la philosophie. De tous les temps l'invraisemblance d'un fait a rendu le témoignage de l'historien fort suspect ; c'est une vérité de notoriété publique et fondée sur l'expérience de tous les âges.

Si Astruc a jeté des doutes sur l'observation de Ruysch et sur celle de Le Riche ; si Valisnieri, et Santorini, en parlant de semblables observations les traitent de visions, à quoi ne dois-je pas m'attendre de la part des lecteurs qui, sans être absolument pyrrhoniens, douteront sans doute de l'observation surprenante dont je donnerai le détail dans cette petite production. Il me parait essentiel pour rendre mon observation plus sensible de rapprocher en peu de mots toutes les observations qui ont quelque rapport avec la mienne.

On est convenu d'appeler grossesse par erreur de lieu ou extra-uterine celle où le produit de la conception se développe dans toute autre part que dans la matrice. On en connait généralement trois espèces ; la première est celle de la trompe, elle est la plus commune ; la seconde est celle du bas ventre, et la troisième celle de l'ovaire, cette dernière est la plus rare de toutes ; je citerai seulement les observations de la grossesse de l'ovaire.

La première observation qu'on connaisse dans ce genre est celle de M. Saint-Maurice, dans laquelle il est question d'un fœtus sorti de l'ovaire et trouvé dans le bas ventre, nageant

dans une grande quantité de sang (1). Vieussens cite une observation de M. Montagnier à peu près semblable (2). Theroude a trouvé dans l'ovaire droit d'une fille âgée de 18 ans, une tête d'enfant informe, avec des dents bien formées et des cheveux (3). Mery a trouvé dans l'ovaire d'une femme un os de la mâchoire supérieure avec des dents si parfaites que quelques-unes parurent avoir plus de dix ans (4). Tyson rapporte une observation senblable (5). Vander-Wiel dit avoir trouvé, à l'ouverture d'une fille de 15 ans, un ovaire de la grosseur d'un œuf d'oie, contenant une matière blanchâtre et épaisse, des poils et un os (6). Lamzweerde donne l'observation d'une fille de 11 ans dans un ovaire de laquelle on trouva des poils, un corps charnu et osseux, le tout pesant 15 livres (7). Littre a rencontré dans l'ovaire gauche d'une femme un fœtus bien distinct, de 3 lignes de longueur sur une ligne et demie de grosseur (8). Ruysch dit qu'il montra dans son amphithéâtre anatomique, au grand étonnement des spectateurs, un ovaire de femme contenant une rangée des dents humaines, il en a placé la figure dans son trésor anatomique, et la pièce originale a passé dans le cabinet de Pierre-le-Grand, qui la contempla avec admiration à cause de ses grandes connaissances en anatomie (9). Le Riche trouva dans le bas ventre d'une femme, une poche fort volumineuse qui remplissait presque l'hypochondre gauche, et qui paraissait avoir des attaches à la matrice, à la vessie, et à l'intestin colon ; cette poche était formée par la distension de l'ovaire gauche ; elle renferme une matière jaunâtre figée en certains endroits comme de l'huile, et une petite pelote des cheveux de la gros-

---

(1) *Journal de l'abbé de la Roque*. Ann. 1683. — (2) *Dissertation sur l'usage de la matrice et du placenta*. — (3) *Histoire de l'ancienne Académie des Sciences de Paris*. Tome II. — (4) *Ibid.* — (5) *Collect. philos.*, N.° II, art. 14. — (6) Obs. 37e. — (7) *Tract. de molis uteri*. Cap. 2. — (8) *Académie des Sciences de Paris*. Ann. 1701. — (9) *Advers. anatom.* Decad. 3.

seur d'un citron : ces cheveux étaient presque de la longueur du doigt, et liés entr'eux par une matière grasse. Vers le fonds étaient plusieurs cellules remplies d'une espèce de suif, et au milieu un os de figure très-irrégulière. A l'extrémité il y avait trois dents bien distinctes et enchâssées dans leurs alvéoles. L'ovaire droit était rempli d'une semblable matière, et contenait aussi vers le centre un os pareil à celui de l'ovaire gauche (1).

Duverney rapporte avoir trouvé à l'ouverture d'une femme morte à la sutie des douleurs de l'accouchement, un épanchement sanguin dans la cavité abdominale, et un petit fœtus de la grosseur du pouce, qui était sorti de l'ovaire droit par une déchirure qu'il y a observée ; toute la cavité de l'ovaire était remplie de sang (2). Varocquier parle d'un ovaire considérablement dilaté, de forme sphérique, et de six pouces de diamètre, contenant un fœtus de deux pouces de long du sommet de la tête aux genoux. Les jambes et les pieds étaient flétris et n'avaient que deux lignes (3). Lauverjat et Baudelocque rapportent l'observation d'une tumeur formée par l'ovaire droit, dans laquelle ils ont trouvé une matière crétacée, des portions d'os du crâne, et la mâchoire inférieure armée de neuf dents sorties de leurs alvéoles, aussi dures et aussi blanches que celles d'un enfant de huit à dix ans (4).

Haller dit avoir ouvert dans son amphithéatre une servante âgée de trente ans, dans l'ovaire droit de laquelle il a trouvé une matière graisseuse avec une matière semblable à du lait, et une grande quantité des poils (5). On peut voir des semblables observations données par Chirac (6), Manghini, Bongi (7), et Richard Browne (8).

(1) *Acad. des Sciences de Paris.* Ann. 1743. — (2) *OEuvres anatom.* Tome II. — (3) *Acad. des Sciences de Paris.* Ann. 1756. (4) *Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne.* Et *l'Art des accouchemens.* Tome II. — (5) *Trans. philos.* Ann. 1744. — (6) *Société des Sciences de Montpellier.* Ann. 1766. — (6) *Acad. des Sciences de Bologne.* — (8) *Recherches pathologiques.*

Toutes ces observations, curieuses par cela même qu'elles sont extraordinaires, n'offrent point un fait aussi rare que celui que je vais rapporter.

La nommée Anne Balme, du lieu de Severa, ci-devant diocèse de Rhodez, âgée de 55 ans, entra dans l'hôpital le 1er mai 1792, avec tous les signes d'une hydropisie ascite. Le ventre était fort volumineux, tendu et légèrement douloureux. Le flot du liquide était assez sensible; les urines étaient montées en couleur et peu abondantes, la soif peu pressante, la respiration un peu gênée, et les extrémités inférieures légèrement œdématiées. Dans cet état des choses on avait tout lieu de supposer une hydropisie ascite. En conséquence, M. Rouché, médecin en survivance, commença le traitement par un purgatif hydragogue qui produisit tout l'effet qu'on pouvait en attendre. Le lendemain, elle fut mise à l'usage d'un bouillon apéritif auquel on joignait 20 grains de tartre kalibé à la première cuillerée. Malgré ces moyens, le volume du ventre ne cessait d'augmenter, et la difficulté de respirer de devenir plus pressante. Le cas devenant plus urgent, on décida de pratiquer l'opération de la paracentèse. Avant d'y procéder, j'examinai attentivement toute la circonférence de l'abdomen, pour m'assurer s'il n'y avait aucune obstruction dans les viscères contenus dans cette cavité, ce dont je ne pus m'assurer, vu la tension considérable du ventre; je trouvai seulement l'hypochondre droit et la région lombaire du même côté considérablement œdématiés. Voyant que je ne pouvais pas suffisamment m'instruire par le tact, je tâchai de m'instruire avec la malade de ce qui avait pu donner lieu à sa maladie. Elle m'apprit qu'elle datait d'une quinzaine d'années, et qu'elle avait commencé par une douleur au bas de l'hypochondre droit, que son ventre n'avait commencé de grossir sensiblement que depuis dix ans, temps auquel ses règles furent entièrement supprimées; que l'élévation avait commencé du côté droit; que malgré cela elle vaquait à ses affaires ordinaires, et que depuis six ou huit mois il était à-peu-près au point où je le voyais. Le début de la maladie, par une douleur du côté de l'hypocondre droit, le commencement de l'élévation du ventre, l'enflure œdémateuse du même côté, la facilité que j'avais à sentir le flot du côté gauche, et la manière sourde dont il se faisait sentir du côté droit, tout me fit présumer que l'obstruction du foie pouvait bien y être pour quelque chose. En conséquence, je me décidai à pratiquer la ponction du côté gauche; mais quel fut mon

étonnement, lorsqu'après avoir piqué je vis sortir au lieu de sérum une matière épaisse et de couleur chocolat. Je crus tout-à-coup avoir pénétré dans un foyer purulent de la rate. Ce qui ne contribua pas peu à me le persuader, ce fut quelque petite quantité de sérosité pure qui sortait par intervalle. Je continuai malgré cela à laisser sortir le liquide. Lorsqu'il en fut sorti une pinte et demie, ou à-peu-près, elle s'arrêta tout-à-coup par la présence d'un corps qui vint boucher l'ouverture de la canule, et que je ne pus jamais repousser. Je la retirai, et la malade fut pansée comme d'usage.

A l'examen de la liqueur, je la trouvai bien liée, ce qui supposait qu'elle avait été travaillée dans quelque organe; elle n'avait point d'odeur, sa consistance était assez épaisse, et sa couleur était véritablement celle du chocolat. Je crus inutile de la soumettre à l'analyse chimique, persuadé que ses différentes opérations ne peuvent nous donner que des fausses idées sur la nature des humeurs vivantes considérées dans l'état physiologique, et sur le changement qu'elles éprouvent en passant à l'état pathologique.

La première ponction, qui fut pratiquée le troisième jour à dater de son entrée dans l'hôpital, lui procura un léger soulagement qui ne fut pas de longue durée, car le lendemain de l'opération le volume du ventre fut presque réduit au même point où il était avant l'opération; la douleur devint plus vive, la difficulté de respirer plus pressante, et la situation de la femme plus inquiétante, ce qui décida une seconde ponction qui fut pratiquée le sixième jour, toujours au même côté. Le liquide qui sortit fut de la même nature, mais en plus grande quantité (il y en avait de trois à quatre pintes). Le volume du ventre ayant diminué, je tâchai de m'assurer du siège positif de la maladie. Pour ce, je fis coucher la femme horizontalement; j'aperçus le côté droit plus sensiblement élevé que le côté gauche. En la faisant coucher sur ce côté, la tumeur ne changeait presque pas de place, ce qui me fit soupçonner qu'elle était enkystée et adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen. Trois jours après, le ventre fut à-peu-près réduit au même volume. Les symptômes ci-dessus détaillés reparurent avec plus d'intensité; elle sentait des borborygmes et rendait beaucoup de vents par le haut et par le bas, ce qui me fit croire que le volume qu'avait acquis le ventre était dû en partie à la raréfaction de l'air contenu dans la fistule intestinale. L'intensité des symptômes fit décider une troisième ponction qui fut pratiquée le neuvième jour à la partie latérale droite. Le liquide qui sortit cette

fois fut moins épais et moins coloré. Après qu'on en eut sorti une certaine quantité, il passa par l'ouverture de la canule une petite touffe de cheveux de couleur brune, assez longs et assez gros. On les retint à l'ouverture, en les entortillant sur une petite mèche de charpie. En tirant ces cheveux à soi, on sentait une résistance considérable causée par un corps qui, par sa solidité et par sa forme, imitait exactement la tête d'un enfant.

Je questionnai de nouveau la malade, et la pressai vivement de dire la vérité. Elle me répond qu'elle est veuve depuis dix-huit ans; que depuis cette époque elle n'avait aucun commerce charnel, et que ses règles avaient entièrement cessé depuis dix ans (1). Dès ce moment tout doute fut levé, et nous ne vîmes dans cette maladie étrange qu'une grossesse extra-utérine dont le développement avait été caché par le laps du temps, par l'inexactitude et le peu de foi que la malade mit dans son rapport.

Après cette troisième ponction, il y eut un amendement assez sensible, quoique le volume du ventre fût encore assez considérable. Dans ce moment lucide, je proposai d'agrandir l'ouverture faite par le trocart, pour procéder à l'extraction de ce corps étranger et de la matière épaisse qui n'avait pu passer par la canule. Ma proposition fut rejetée, et on s'en tint à l'usage des apéritifs. La malade fut assez bien jusqu'au quinzième jour, temps auquel les accidens se développèrent de nouveau et avec plus d'intensité : le ventre devint fort gros, autant par la raréfaction de l'air que par la quantité du liquide. La douleur devint plus vive, la respiration plus laborieuse; le cours des urines se supprima, elle eut des syncopes fréquentes, les extrémités se refroidirent, et elle expira dans la matinée du dix-septième jour.

Le soir nous procédâmes à l'ouverture du cadavre, en présence de MM. Farjon, premier médecin de l'Hôtel-Dieu; Bourquenod, chirurgien-major de quartier, et de plusieurs autres personnes de l'art.

---

(1) M. Farjon, premier médecin de l'Hôtel-Dieu, nous a dit l'avoir vue il y a environ huit à dix ans, avec le ventre fort gros; y sentant un flot, un peu sourd à la vérité, il lui ordonna quelques remèdes apéritifs dont elle ne fit point usage, continuant à se livrer à la boisson, à laquelle elle était fort habituée.

J'appris ensuite qu'elle n'avait jamais été mariée; qu'elle a laissé un fils de 24 à 25 ans, qui reste dans nos quartiers, et qu'elle vivait illicitement avec une aubergiste de cette ville. Des femmes qui l'ont connue très-particulièrement m'ont encore assuré qu'il y avait plus de douze ans qu'elle avait le ventre gros.

Après avoir coupé les parties contenantes de l'abdomen, nous avons trouvé un kyste ou sac de forme à-peu-près sphérique, occupant la plus grande partie du bas-ventre, et formé par la distension de l'ovaire droit. Ce kyste adhérait par sa partie antérieure à la face interne de la paroi antérieure du bas-ventre, tandis qu'il était libre et sans adhérence contre-nature dans tout le reste de son étendue.

Cet ovaire, ainsi distendu, offre un sac de 33 pouces de circonférence extérieure sur 3 lignes d'épaisseur dans toute son étendue. Sa face externe est filamenteuse dans la partie qui adhérait à la face interne de la paroi antérieure de l'abdomen, et lisse dans tout le reste de sa surface. Sa face interne est rugueuse et remplie de sillons, à-peu-près comme la face interne de l'utérus.

Dans la cavité de ce kyste était contenue une quantité de cette liqueur chocolatée, quantité qui ne put être évaluée qu'en mesurant la capacité du kyste (1). Dans cette liqueur flottait une grosse touffe de cheveux longs de sept à huit pouces, assez gros, de couleur brune, et unis entr'eux par une matière suifeuse, dont je les ai nettoyés par le moyen d'une lessive légèrement alkaline. Dans l'intérieur de ce kyste et sur la partie latérale externe, on observe une pièce osseuse de figure très-irrégulière, de quatre pouces de long sur un pouce et demi de large à son extrémité postérieure; près de trois pouces à son extrémité antérieure, et d'environ un pouce à sa partie moyenne; son épaisseur est d'un demi-pouce dans toute son étendue. L'extrémité antérieure est aplatie et porte sur sa partie supérieure deux grosses dents molaires. L'extrémité postérieure est légèrement bifurquée; le bord supérieur n'offre rien de particulier, et l'inférieur est armé de deux petites dents incisives. Toute cette portion osseuse est recouverte par une membrane d'un tissu fort serré et d'une épaisseur assez considérable. Elle est fixée à la paroi externe du kyste par deux bandes charnues très-fortes; l'une s'attache à l'extrémité antérieure de cet os, et l'autre à l'extrémité postérieure. La première est plus

---

(1) Voici le calcul qu'en a bien voulu faire M. de Ratte, secrétaire de la Société des Sciences de cette ville :

Circonférence, y compris l'épaisseur,	33 pouces.
Diamètre, y compris l'épaisseur,	10 pouces 6 lignes.
Diamètre de la concavité,	10 pouces.
Circonférence de la concavité,	31 pouces 5 lignes.
Surface du grand cercle de la concavité,	78 pouces quarrés, 87 lig. q.
Capacité de l'intérieur,	524 pouces cub. 404 lig. cub.

longue, plus épaisse et plus étroite, et la seconde plus large, plus mince et plus courte.

On observe encore trois dents implantées dans la propre substance de l'ovaire ou dans l'épaisseur du kyste. La première est une grosse molaire; elle est implantée dans la paroi antérieure; la seconde est une petite molaire; elle est enchâssée dans la paroi postérieure; la troisième est une grosse dent incisive latérale qu'on dirait être d'un sujet de 20 à 30 ans; elle a sa racine fort longue, et implantée jusqu'au collet dans la paroi inférieure de ce kyste. J'ai trouvé une dent molaire détachée, et dont la couronne a été presqu'entièrement détruite par une carie; elle est tombée pendant que je nettoyais le kyste dans lequel elle était contenue; ce qui me fait présumer qu'il y en avait d'autres qui sont sorties avec le liquide lorsque nous avons ouvert la poche. Sur la partie postérieure était un corps spongieux durci, de sept pouces et demi de circonférence sur deux pouces et demi d'épaisseur, ayant deux faces; une lisse et polie, moins étendue, qui regardait l'intérieur du kyste, et l'autre inégale qui paraissait y adhérer. Ce corps spongieux me paraît être le placenta duret.

La trompe du même côté a acquis environ sept pouces de long. Les viscères abdominaux étaient dans l'état le plus sain, à cela près des intestins qui étaient un peu rapetissés et adhérents les uns aux autres. Sur la partie postérieure et gauche du bas-ventre nous avons trouvé une assez grande quantité de sérosité roussâtre (1).

Cette observation, que je crois unique dans son espèce, m'a fait naître des réflexions que je vais mettre sous les yeux de l'Académie, et auxquelles je ne donne d'autre mérite que celui que leur imprimera la sanction de cette savante Société.

Ce fait me paraît présenter plusieurs points qui méritent l'examen le plus scrupuleux; savoir : si cet os armé de dents, ces cheveux, cette masse spongieuse et ces dents implantées dans la propre substance du kyste, sont le produit de la conception, ou si ces parties se sont formées dans l'ovaire indépendamment de cet acte; et en supposant,

(1) La plupart des chirurgiens, médecins et amateurs de cette ville sont venus voir cette pièce dans mon cabinet.

comme il est plus que probable, que leur formation soit due à une vraie conception ou grossesse par erreur de lieu, cette observation prouve-t-elle en faveur des ovaristes? et si elle infirme le sentiment de ceux qui prétendent que la génération se fait par le mélange des deux semences? Je n'entreprendrai pas d'agiter, et encore moins de résoudre ces questions, parce qu'elles sont non seulement très-difficiles à décider, mais parce que la discussion dans laquelle elles pourraient m'entraîner, ne ferait rien pour les progrès de la science. Cette prodigieuse dilatation de l'ovaire, jointe à l'épaisseur considérable de ses parois, prouve, ce me semble, que tout organe qui est en action, ou en orgasme, attire à lui une plus grande affluence d'humeur et du suc nourricier, d'où doit naître nécessairement une augmentation dans toutes les dimensions de l'organe en action. La matrice pendant la grossesse, et d'autres organes pendant que leur action est augmentée, en sont des preuves suffisantes. Gandolphe nous fournit un exemple d'une dilatation prodigieuse de deux ovaires, de sorte que le droit pesait cinq livres quatorze onces, et le gauche cinq livres dix onces (1). Voyez encore les observations de Varocquier, déjà cité, Monro (2), Montaulieu (3), Malaval et De Laporte.

Toutes ces observations, et un nombre infini d'autres que je pourrais y joindre, prouvent que les ovaires peuvent souffrir une fort grande dilatation sans se rompre.

La nature de l'humeur contenue dans ce kyste, pouvait-elle nous servir d'indice pour juger du corps contenu dans sa cavité? Peut-on la regarder comme l'effet de la décomposition du fœtus? Plusieurs observations nous apprennent que la couleur, la consistance et l'odeur d'un liquide épanché dans quelque cavité, ou renfermé dans un kyste, varient à l'infini, et que ses différens caractères peuvent rendre le pronostic plus

---

(1) *Acad. des Sciences de Paris*, Ann. 1707. — (2) *Essai sur l'hydropisie*. — (3) *Acad. de chirurg.* Tome II. In-4e.

ou moins fâcheux sans nous éclairer davantage sur la cause ni sur les moyens qu'on doit mettre en usage pour la guérison de la maladie. On peut voir là-dessus les observations de Littre (1), Lémery le fils (2), Duverney le jeune (3), et Monro (4).

La consistance et la couleur du liquide, ces cheveux, cette portion osseuse armée de dents, cette masse spongieuse, cette dent cariée et ces dents implantées dans la propre substance du kyste, semblent nous mettre en droit de conclure qu'il s'est fait une décomposition de presque toutes les parties de l'enfant, et que ce qui en a resté aurait peut-être été dissous si la femme eût vécu plus longtemps. Une observation de Blok vient à l'appui de cette conjecture. Cet auteur rapporte l'observation d'un fœtus qui a resté pendant onze ans dans la trompe, ensorte qu'il s'y est dissous, et qu'il ne resta que peu des parties osseuses qu'on trouva à l'ouverture de la femme (5).

Ce n'est point sur la nature seule du liquide qu'on peut établir cette décomposition, puisque Hay, dans une lettre écrite à Guillaume Hunter, parle de l'ouverture d'une femme, dans le ventre de laquelle on a trouvé les intestins, l'épiploon et le péritoine unis ensemble, et un grand sac qui occupait toute la cavité abdominale, et qu'on reconnut être la trompe droite. A l'ouverture de ce sac, il en sortit une grande quantité de liqueur couleur de chocolat, et un fœtus entier sans aucune putridité (6).

Pour ce qui est de l'implantation des dents dans la propre substance de l'ovaire et de leur accroissement dans cette partie, je ne connais aucune observation ni aucun fait physiologique avec lequel ce phénomène puisse avoir quelque rapport,

---

(1) *Acad. des Sciences de Paris*. Ann. 1707. — (2) *Ibid*. Ann. 1702. — (3) *Ibid*. Ann. 1703. — (4) *Essai sur l'hydropisie*. — (5) *Commerc. litt. de Nuremb*. Ann. 1735, n°19. — (6) *Trans. philos*. Ann. 1767.

si ce n'est avec les entes animales, en supposant que les observations qu'on nous a données là-dessus soient vraies.

Nous venons de considérer les variétés qu'offre la nature dans le produit, et principalement dans le siège de la conception. Jettons maintenant un coup-d'œil rapide sur les ressources qu'elle s'est réservées dans ses écarts, et nous terminerons ces réflexions par les secours que peut offrir la chirurgie dans une circonstance aussi périlleuse pour la mère que pour l'enfant.

Le témoignage des observateurs les plus rigides nous prouve que dans quelques circonstances, rares à la vérité, la nature triomphe de tous les dangers qui la menacent, en se débarrassant de son fardeau par de nouvelles routes qu'elle se pratique. Il est vrai aussi que le plus souvent elle succombe au milieu d'un si pénible ouvrage; dans d'autres circonstances plus rares encore, elle se met à l'abri de ces dangers, en conservant le produit de la conception dans les parties qui l'ont reçu, soit en le pétrifiant, le desséchant et l'identifiant en quelque façon avec le corps qui le renferme, comme le prouvent différentes observations.

Lorsque la nature ne peut point se débarrasser de son fardeau par les voies naturelles, soit par les obstacles qu'elle y rencontre, ou parce que le fœtus a été conçu dans tout autre part que dans la cavité de la matrice, elle se suffit quelquefois à elle-même en se pratiquant une issue, tantôt par un abcès, voyez les observations d'Albucasis, Blondin (1), Rivalier (2), Goritz (3), Guillaume Dampier (4), Groenhil (5), Houstoun (6), Copping (7), Biener (8), Métivier (9), Collin (10), Monro (11), Delavergne (12), Debenham (13), Fother-

(1) Blegny, *Nouv. découv.* Ann. 1679. — (2) *Journ. de l'abbé de la Roque*. Ann. 1683. — (3) *Ephém. des cur. de la nature*. Cent. 7, obs. 16. — (4) *Trans. philos.* N° 243. — (5) *Ibid.* N° 265. — (6) *Ibid.* N° 378. — (7) *Ibid.* N° 461. — (8) *Commerc. litt. de Nuremb.* Ann. 1732. — (9) *Obs. de Ledran.* — (10) *Journ. de Méd.* Ann. 1758. — (11) *Ibid.* — (12) *Ibid.* Ann. 1761. — (13) *Trans. philos.* Ann. 1751.

gill (1), Baudelocque (2), etc., etc.; d'autres fois elle s'ouvre une nouvelle route par la voie des selles ou par celle des urines. Par la première voie, voyez Tulpius (3), Littre (4), Oldenburg (5), Morley (6), Lindestope (7), Buchner (8), Nourse (9), Winthrop (10), François-Simon (11), Schlicthing (12) Lucas (13), Guillerme (14).

D'autres fois elle s'ouvre l'issue en partie par la voie des urines et par la voie des selles, comme le prouvent les observations de Ronsseus (15), Van-der-Wiel (16) et Gabriel King (17).

Voilà d'une manière succincte les moyens que la nature emploie pour se débarrasser du fardeau qui l'opprime.

Voyons maintenant, si par une opération des plus simples, la *gastrotomie*, on ne pourrait point lui épargner ce travail au milieu duquel souvent elle succombe; si cette opération n'assurerait pas la vie à plusieurs mères, et si elle ne la sauverait pas à nombre d'enfans qui doivent la perdre infailliblement sans ce secours.

Les auteurs qui n'admettent généralement l'opération césarienne que sur la femme morte, la conseillent néanmoins sur la femme vivante, lorsque la nature indique elle-même le lieu où elle doit être pratiquée, soit par la formation d'un abcès ou par une fistule; dans les cas contraires ils la regardent comme toujours funeste pour la mère.

Ceux qui ont rejeté la gastrotomie dans les cas des gros-

(1) *Ibid.* Ann. 1762. — (2) *L'Art des accouch.* Tome II. — (3) *Lib.* 4, cap. 39. — (4) *Acad. des Sciences de Paris.* Ann. 1702. — (5) *Ephém. des cur. de la nature.* Decad. 1, ann. 3, obs. 126. — (6) *Trans. philos.* N° 227. — (7) *Ibid.* 385. — (8) *Mélang. phys. méd. mathém.* Ann. 1728. — (9) *Trans. philos.* N° 416. — (10) *Ibid.* N° 475. — (11) *Ibid.* N° 477. — (12) *Ephém. des cur. de la nature.* Vol. 8, obs. 39. — (13) *Journal des savans.* Ann. 1722. — (14) *Journal de Méd.* 1757. — (15) *Epistol. medic.* Tome I. — (16) Obs. 71. (17) *Essais d'Edimbourg.* Tome V.

sesses extra-utérines, allèguent la difficulté de les connaître, et l'hémorrhagie qui suivrait le décollement du placenta et la déchirure des parties.

Examinons premièrement si ces deux raisons sont absolument vraies, et si elles sont suffisantes pour faire rejeter une opération qui peut arracher des bras de la mort deux individus à la fois.

Les filles et les veuves, surtout celles qui passent ou qui veulent passer pour sages, sont celles, dit Astruc, qui sont le plus exposées à cette espèce de grossesse, par le saisissement, la crainte et la honte dont elles sont affectées pendant des embrassemens illicites.

Les signes de cette espèce de grossesse sont comme dans toutes les autres, rationnels ou sensibles. Les rationnels sont : l'absence de la plupart des signes qui ont lieu dans le commencement des vraies et bonnes grossesses, tels que la suppression des règles, les dégoûts, les appétits dépravés, les nausées, les vomissemens et le gonflement des mamelles, etc. Je conviens avec M. Baudelocque, que ces signes sont des plus illusoires, et surtout dans les premiers temps ; mais si on attend le quatrième ou cinquième mois, qu'on rassemble les signes rationnels avec les signes sensibles, je crois que le diagnostic cessera d'être équivoque, et surtout si la femme est bien conformée, et qu'elle ait déjà fait un ou plusieurs enfans, parce qu'alors elle distinguera elle-même cette grossesse de celles qui l'ont précédée.

La grossesse par erreur de lieu est fort tranquille dans son principe, et devient fort orageuse par la suite. Les douleurs croissent avec l'enfant qui distend des parties peu faites pour l'être à ce point, ni d'une manière aussi brusque, l'élévation du ventre forme une espèce de tumeur circonscrite, élevée en pointe, plus dure, plus haute, et sur l'un des côtés du ventre seulement, la femme sent quelquefois les mouvements de l'enfant dans cette tumeur. En introduisant le doigt dans le vagin, et posant la main sur l'hypogastre, on ne trouve

qu'une légère augmentation dans le volume de la matrice, et une légère déviation de l'orifice vers la partie opposée au siège de la grossesse. Tous ces signes deviennent plus sensibles et presque univoques, quand le terme de cet accouchement approche. Dans ce cas les douleurs sont fort vives et fort rapprochées, occupent tout l'abdomen, ne se portent point vers le siège, n'avancent point le travail; il ne coule point de la matrice, ni les glaires sanieuses, ni les eaux. En introduisant le doigt dans le vagin, on ne sent point ce ballon sphérique qui occupe la partie postérieure du vagin, et qui est formé par la matrice dilatée; son orifice est dur, épais, alongé et peu dilaté, les membranes ne se présentent point; en titillant l'orifice de la matrice on n'excite que peu ou point de douleur. Il n'y a pas moyen d'obtenir la plus petite dilatation de l'orifice, les douleurs deviennent plus vives et plus rapprochées, sans que rien s'annonce extérieurement. La femme sent des agitations considérables dans son ventre, il lui semble que tous les viscères vont se rompre, un mouvement considérable accompagné d'une douleur des plus violentes, se fait sentir dans l'intérieur. A cette douleur succède un calme subit qui est suivi d'évanouissement et de syncope, qu'on regarde comme l'indice certain que l'enfant a rompu sa prison et qu'il est tombé dans la cavité abdominale.

La seconde difficulté qu'on allègue contre cette opération est l'hémorrhagie qui doit suivre l'extraction du placenta et la déchirure des parties auxquelles il adhère, ou la putridité qui doit résulter de l'épanchement des fluides, de la rétention de la totalité ou de quelques portions du placenta et des membranes, et de l'entrée de l'air dans cette cavité.

L'hémorrhagie ne me paraît devoir être ni aussi considérable ni aussi dangereuse qu'on le suppose, parce que les vaisseaux de l'ovaire et ceux de la trompe sont fort petits, et que le calibre qu'ils acquièrent pendant la grossesse doit être peu de chose en les comparant avec ceux de la matrice, puisque, à terme égal, le fœtus est d'un volume relatif beau-

coup plus petit lorsqu'il a été conçu dans l'ovaire ou dans la trompe, que lorsqu'il s'est développé dans l'utérus. D'un autre côté, l'épanchement ne se fera pas aussi facilement qu'on pourrait le penser, si on considère que la pression exercée par l'action simultanée des parties contenantes et contenues, pouvant ou devant être supérieure à la force qui chasse le sang, l'hémorrhagie n'aura pas lieu ou elle sera très-peu considérable. Peut-on croire d'ailleurs qu'elle soit aussi considérable et aussi dangereuse que celle qui est fournie par l'ouverture des vaisseaux utérins dans l'opération césarienne, et en supposant qu'elle le fût autant en raison du décollement du placenta et du peu d'action des parties où il adhère, ne pourrait-on pas la prévenir en suivant le sage conseil qui nous a été donné par Baudelocque, c'est-à-dire, d'attendre que le placenta se détache de lui-même, et qu'il vienne se présenter à la plaie dans laquelle on aura eu le soin de retenir le cordon? Je crois également convenable de lui donner quelque légère secousse à chaque pansement, afin d'en accélérer la séparation.

Quant à la putridité qu'on considère comme un accident notable à la suite de cette opération, ne peut-elle pas être prévenue en facilitant l'issue de la matière, en faisant des injections convenables, et en pansant méthodiquement la plaie afin d'éviter l'entrée de l'air dans cette cavité ?

Si on compare cette opération avec l'opération césarienne qui a eu les plus heureux succès, que ne doit-on pas attendre de la gastrotomie, dans laquelle la matrice n'est point intéressée ; car, qui ne sait point que les lésions de cet organe sont toujours dangereuses, qu'étant incisé à cette époque il doit fournir dans très-peu de temps une quantité considérable de sang ? Qui ne sait point que les déchirures et les suppurations d'un viscère aussi délicat entraînent les accidents les plus graves ?

Qu'on compare encore les accidents dont cette opération est suivie : en supposant même qu'ils aient lieu d'une manière

aussi vigoureuse qu'on le prétend ; qu'on les compare, dis-je, avec ceux qui doivent naître de la présence de l'enfant dans ces parties, de sa dissolution et de sa putréfaction, on verra sans doute que ce moyen est à préférer aux ressources de la nature, qui, dans la majeure partie des cas, échoue au milieu de son travail. Qu'on considère encore qu'en s'abandonnant entièrement aux soins de la nature, on sacrifie toujours l'enfant et on expose la femme à mille dangers auxquels elle n'échappe que fort rarement ; tandis que par cette opération on pourrait, dans bien des circonstances, sauver la vie à la mère et à l'enfant.

Lorsqu'on est décidé pour cette opération, on doit la pratiquer le plus tôt possible, et ne pas attendre que la femme soit excédée par les douleurs, et que la trompe ou l'ovaire se soient déchirés, parce que leur déchirure est toujours plus dangereuse que l'incision. Le temps pour la pratiquer nous est indiqué par le travail qu'établit la nature pour tâcher de se débarrasser de son fardeau, et par les accidens plus ou moins considérables que la femme éprouve. Le lieu est toujours le côté qu'occupe l'enfant.

A toutes ces raisons, je joindrai les suffrages de quelques auteurs respectables, tels que Heister (1), Dubois (2), Cangiamila (3), Bianchi, Palfin (4), Simon (5) et Baudelocque (6).

Outre ces raisons, qui me paraissent assez plausibles, et ces autorités, qui méritent considération, je vais rapporter quelques observations qui serviront à étayer ma proposition.

Mathias Cornax, que d'autres appellent Cornara, donne l'observation d'une femme qui, au terme de l'accouchement, eut les douleurs vives de l'enfantement, pendant lesquelles

---

(1) *Institutions de chirurgie*. Tome II ; in-4°. — (2) *Question agitée dans les Ecoles de Médecine de Paris*. Ann. 1727. — (3) *Embryologie sacrée*. — (4) *Anatomie chirurgicale*. Tome II. — (5) *Acad. de chirurgie*. Tome II ; in-4°. (6) *L'Art des accouchemens*. Tome II.

elle sentit un craquement dans le ventre ; dès ce moment les douleurs diminuèrent, et le ventre resta gros pendant quatre ans, avec quelque légère douleur et un écoulement par la vulve. Pendant cet espace de temps il se forma un dépôt au nombril, par l'ouverture duquel il sortit de la matière purulente et plusieurs fragmens d'os ; peu de temps après il s'en forma un second à quelque distance du premier, par où sortirent plusieurs portions osseuses et le périnée du fœtus en entier. Malgré ce bénéfice de la nature, les accidents devenant plus pressants, on se décida à agrandir la plaie du côté de l'ombilic, par une incision d'environ huit pouces d'étendue, qu'on dirigea vers le côté droit. Dès que l'ouverture fut faite, il s'exhala une odeur fétide ; on retira une portion de l'enfant à demi-pourrie, à l'exception de la tête qui parut en assez bon état. Quelque temps après la plaie se cicatrisa sans qu'on eût employé de suture.

Il paraît que dans ce cas on aurait pu sauver l'enfant par la gastrotomie pratiquée à temps.

Fabrice de Hilden fait mention d'un fœtus tiré par une incision au côté gauche du nombril, et la femme fut guérie en fort peu de temps. Cette observation lui a été communiquée par Marchandet (1).

Cyprianus, dans une lettre à Thomas Mellington, parle d'une opération faite avec succès pour extraire un enfant de la trompe. Il ajoute que non-seulement la femme guérit, mais qu'elle accoucha par la suite de deux enfants. Il est à présumer qu'on aurait sauvé la vie à l'enfant, si on eût pratiqué l'opération au temps prescrit, comme l'a très-judicieusement observé M. Baudelocque. Timmius a publié une observation sur une opération césarienne, à la faveur de laquelle on a tiré de la trompe une partie de la mâchoire inférieure avec ses dents. Rungius rapporte l'observation de l'extraction d'un fœtus de la trompe heureusement ter-

(1) Liv. V, obs. 122.

minée (1), Senac cite l'observation d'une gastrotomie pratiquée pour tirer un enfant de vingt-un mois, de la trompe, sans que la femme soit morte de cette opération (2). Duverney donne l'observation d'une paysanne qui, ne se croyant pas enceinte, eut une tumeur dans la région ombilicale du côté droit, sans douleur, et qui ne cessait de s'accroître tous les jours. Le chirurgien du lieu la traita comme un œdème, et appliqua des cataplasmes et autres remèdes. Cette tumeur étant à son dernier degré, descendit, par son poids, jusques à l'aine du même côté, où elle causait un battement très-sensible qui cessa peu de temps après. Par la suite il survint une altération aux tégumens qui recouvraient la tumeur, ce qui obligea le chirurgien à inciser la tumeur et les parties gangrénées. En continuant son incision, il découvrit la main d'un enfant; il l'agrandit de nouveau, et tira par cette ouverture un enfant mort, avec ses dépendances, et la femme guérit parfaitement au bout de quelque temps (3). M. Laumonier a procédé à l'ouverture d'un dépôt dans la trompe, et à l'extirpation d'un ovaire squirrheux, avec le plus grand succès, puisque la femme a été guérie dans 40 ou 45 jours (4).

Si toutes ces observations sont vraies, comme je le crois, elles sont bien faites pour nous enhardir à pratiquer la gastrotomie dans les cas de grossesses extra-utérines, plutôt que d'abandonner la mère à mille dangers, et l'enfant à une mort certaine.

C'est à vous, Messieurs, dont le génie et les travaux font germer les connaissances les plus utiles à l'humanité; c'est à vous, de qui les décisions passent chez tous les peuples comme des lois divines, qu'il appartient de juger une question qui

---

(1) *Hamburg. Magas.* Tome IX, et le *Journal de Leipsick*, t. II.
(2) *Comment. sur l'anatomie d'Heister.* Voy. aussi *l'Encyclopédie.*
(3) *OEuvres anatomiques.* Tome II.
(4) *Mémoires de la Soc. de Méd. de Paris.* Ann. 1782 et 1783.

intéresse si fort l'humanité, et qui peut reculer les bornes de notre art (1).

Mémoire sur la grippe de 1837 *et sur la pneumonie considérée comme symptôme essentiel de cette épidémie ; par* L. Landau, *interne de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.*

La grippe qui a régné si souvent à Paris et récemment encore en 1831 et 1833, vient de reparaître pendant les mois de janvier et de février, et cette fois elle a été beaucoup plus générale, et sans contredit accompagnée de beaucoup plus de gravité que les années précédentes.

Déjà de nombreux écrits ont été publiés sur cette épidémie, et à peine avait-elle paru qu'on s'est empressé d'en donner des descriptions, dont quelques-unes, au moins conçues sur une trop-petite échelle, se ressentent de la rapidité avec laquelle elles ont été faites. Il eut été plus sage, si on voulait satisfaire à un besoin du moment, de rapporter les faits observés sans commentaire que de s'engager dans des discussions qui, ouvertes trop tôt, ne pouvaient amener aucun résultat pour la science. L'apparition de la grippe a soulevé bien des questions, tant de théorie que de pratique, qui ne pourront être résolues que par le rapprochement de faits nombreux, recueillis par des observateurs divers, et interprétés d'une manière rigoureuse, sans idées préconçues. C'èst moins un symptôme en particulier que le caractère général d'une épidémie qu'il est important de bien étudier ; car tandis que les symptômes varient suivant l'idiosyncrasie des malades, le

---

(1) « Cette observation pourrait s'employer dans un mémoire sur les grossesses extra-utérines ; elle est intéressante par le fait et plus encore par l'érudition de l'auteur, les nombreuses citations de faits analogues, etc. » *Baudelocque.* (*Extrait d'un rapport sur ce mémoire*).

caractère général reste le même, et l'épidémie se dessine partout par des signes pathognomoniques et constants.

Quand on lit les descriptions des diverses épidémies de grippe, on est frappé de l'uniformité de caractère qu'elles ont présentée en quelque lieu et en quelque saison qu'elle aient été observées ; c'est là un des points les plus importants à étudier et qu'il faudrait faire ressortir, parce que delà découleront les indications thérapeutiques. On a droit de s'étonner du peu d'importance que beaucoup de personnes attachent à la grippe, et du peu de place qu'elle occupe dans nos cadres nosologiques, quand on lit que dans les épidémies même les plus bénignes la mortalité a beaucoup augmenté. Le nombre des morts a été bien plus considérable pendant l'épidémie, tant en ville que dans les hôpitaux, qu'il ne l'est habituellement à la même époque de l'année, et il me semble que cette circonstance seule doit être pour nous d'un puissant intérêt et éveiller toute notre attention.

Mon intention n'est point de tracer ici une histoire compléte de l'épidémie; je crois que le moment de le faire n'est pas encore venu, attendu qu'il faut pour cela recueillir tous les matériaux épars de côté et d'autre : je me bornerai à parcourir quelques-unes des circonstances de la grippe qui m'ont le plus frappé ; ayant pour but surtout d'analyser les pneumonies que j'ai eu occasion d'observer pendant que l'épidémie a régné et de montrer quel est leur rapport avec la maladie.

Venue d'Angleterre, où elle paraît avoir été bien plus grave qu'à Paris, la grippe a commencé à paraître du 15 au 17 janvier. La classe aisée a été atteinte avant la classe ouvrière, et les médecins ont observé des cas de grippe en ville avant qu'il ne s'en présentât dans les hôpitaux, ce qui tient peut-être aussi à ce que les individus qui ont recours aux hôpitaux n'y entrent généralement qu'après plusieurs jours de maladie. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer une particularité notée à l'approche de toutes les épidémies et

déjà signalée par M. le docteur Grisolle, c'est la rareté des maladies aiguës pendant les deux mois qui ont précédé l'apparition de l'épidémie ; mais une circonstance non moins remarquable sur laquelle on a moins insisté, c'est la longueur de la convalescence chez les sujets atteints de maladie aiguë pendant la même époque. C'est ainsi que deux individus couchés aux nos 16 et 19 de la salle Saint-Bernard, et qui étaient convalescents d'une fièvre typhoïde, lorsque j'entrai dans le service au 1er janvier, ont été retenus à l'hôpital jusqu'au commencement de février, par une faiblesse musculaire générale qui n'était pas encore entièrement dissipée lorsqu'ils demandèrent leur sortie. Chez d'autres il survint une toux opiniâtre qui prolongea leur convalescence beaucoup au-delà du temps ordinaire.

Dés le principe, l'épidémie s'est fait remarquer par la rapidité avec laquelle elle envahit une grande partie de la population, sans distinction d'âge, de sexe ou de tempérament. Des familles entières, des pensionnats et des colléges tout entiers en ont été atteints ; elle a frappé les individus les mieux portans, aussi bien que ceux déjà affaiblis par des maladies antérieures ; chez ces derniers toutefois elle a offert plus de gravité. Dans les hôpitaux, la plupart des malades séjournant dans les salles ont subi son influence. Il en a été de même des élèves, des sœurs et des infirmiers.

D'après les relevés faits à l'Hôtel-Dieu, il résulte que du 15 janvier au 1er mars 1836, il est entré 1220 malades ; pendant le même espace de temps 1837, il en est entré 2660 ; ce qui fait pour l'année 1837 une différence en plus de 440 malades. La mortalité a augmenté dans une proportion encore plus forte. Ainsi du 15 janvier au 1er mars 1836, il y a eu à l'Hôtel-Dieu 264 décès. Pendant le même temps 1837, il y en a eu 381, différence en plus pour l'année 1837, 117.

Dans le service de M. Petit, alors dirigé par M. Horteloup, il est entré du 15 janvier au 1er mars 1837, salle Saint-Bernard (hommes), 184 malades ; salle Saint-Paul (femmes),

68 malades ; en tout 252 malades , dont 183 sont notés comme ayant eu la grippe.

L'étiologie de la maladie est assurément un des points les plus obscurs de son histoire, et elle a cela de commun avec toutes les épidémies qui ont régné jusqu'à présent ; des hommes du plus grand mérite ont fait de louables efforts pour éclaircir ce point de science encore si obscur, mais malheureusement leurs recherches n'ont servi qu'à nous prouver l'insuffisance de nos moyens d'investigation pour résoudre le problême.

Quoiqu'inconnue dans sa nature, la cause spéciale de la grippe ne peut être révoquée en doute , à moins que l'on ne rejette ce principe de philosophie qui prescrit d'admettre une canse spéciale dans les phénomènes qui se présentent avec des caractères différents de tous les autres, et cette différence on la trouve dans l'ensemble des phénomènes de la grippe.

Je n'entrerai pas dans le détail des symptômes propres à l'épidémie, parce qu'en général ils n'ont rien offert qui différât de tout ce qui a été noté dans le plus grand nombre des épidémies de grippe , et que de nombreux détails ont déjà été publiés dans divers journaux ; qu'il me suffise de jeter ici un coup-d'œil rapide sur l'ensemble des phénomènes que la maladie a présentés.

Dans l'épidémie qui vient de régner, la grippe s'est traduite à nous par une série de symptômes dont les uns ont été constants et ont été notés par tous les observateurs ; les autres, au contraire, variables, et quoiqu'existants dans la majorité des cas., ont pu manquer dans quelques-uns. Ce sont les premiers qui, étant le résultat primitif de l'altération existant dans l'économie, constituent, pour ainsi dire, la maladie, et suffisent pour la caractériser chez les individus chez lesquels on les rencontre ; par leur ensemble, ils ont fait de la grippe une maladie spéciale siégeant dans l'économie toute entière. C'est envain qu'on voudrait les rapporter à une des lésions observées, car ils les ont constamment précédées, et

ont souvent existé sans qu'aucune lésion pût en rendre compte. Les autres symptômes ne sont que des phénomènes secondaires ; ils sont le signe d'altérations organiques accessoires, et ne suffisent pas à eux seuls pour constituer la maladie épidémique.

Les symptômes observés constamment, et par lesquels la maladie s'est généralement dessinée, sont la céphalalgie, la faiblesse générale, les courbatures et les douleurs musculaires plus ou moins fortes. Je ne considère les malades comme ayant eu la grippe, qu'autant que les symptômes précédents ont existé chez eux, et surtout la céphalalgie et la faiblesse musculaire qui ont pour ainsi dire formé le cachet de l'épidémie.

Les autres symptômes ont eu leur siége, tantôt, et le plus rarement, dans l'appareil digestif, nausées, vomissements, dévoiement ; tantôt, et le plus souvent, dans l'appareil respiratoire, coryza, angine, toux, etc.

Le premier groupe des symptômes secondaires a été observé rarement ; j'en ai recueilli neuf cas bien tranchés : c'est là ce que M. Broussais désigne sous le titre de *phénomènes de gastricité*. Ce sont ces cas qui ont pu établir quelqu'analogie entre la grippe et le choléra, surtout quand il a existé des douleurs musculaires vives et des crampes ; mais je me hâte de dire que les matières évacuées, toujours de nature bilieuse, n'ont jamais présenté les mêmes caractères qu'elles ont offerts pendant le choléra ; et si quelques cas isolés cholériformes ont été observés, ils sont en très-petit nombre.

Les symptômes siégeant dans l'appareil respiratoire ont existé d'une manière bien plus générale et sans contredit dans la grande majorité des cas, ce qui fait que beaucoup de médecins ont cherché à localiser la grippe dans les voies aériennes ; mais ces symptômes, quoiqu'extrêmement fréquents, sont loin d'avoir été constans, et tout le monde a pu observer un bon nombre de malades chez lesquels ils n'existaient pas. Pour moi, je les ai vus manquer dans les neuf cas

que j'ai cités, et dans lesquels il existait une grippe abdominale; et d'un autre côté, j'ai vu un grand nombre de malades chez lesquels il n'existait aucun autre symptôme que la céphalagie, la faiblesse et les douleurs musculaires. Je crois pouvoir en conclure qu'il est impossible de regarder l'irritation des voies aériennes comme constituant la grippe. Je reviendrai du reste sur ce sujet.

La toux, le coryza, l'angine, etc., ont été suffisamment décrits, mais un symptôme sur lequel on a moins insisté, c'est la dyspnée. Elle a existé dans plusieurs cas, plus ou moins intense, mais non en rapport avec la gravité des autres symptômes. Quelquefois elle était très-forte, telle qu'on ne l'observe que lorsque par une altération quelconque, une grande partie des poumons est devenue impropre à la respiration, et quand on recherchait les symptômes physiques fournis par l'examen de la poitrine, on ne trouvait rien qui pût en rendre compte. Cette dyspnée chez quelques malades était extrême et accompagnée de tous les symptômes d'asphyxie. Dans ce cas, les lèvres étaient bleues, les traits retirés et contractés, les extrémités refroidies; et le pouls avait une lenteur et une petitesse remarquables.

Ces phénomènes étaient encore bien plus tranchés et bien autrement inquiétants quand il existait une lésion que l'on a eu souvent occasion d'observer pendant l'épidémie, je veux parler de l'inflammation du tissu pulmonaire. Assez généralement on a regardé cette affection comme une complication accidentelle de la grippe; d'après les faits que j'ai eu occasion de recueillir et que j'analyserai plus loin, il m'est impossible d'admettre cette opinion. Je ne pense pas que l'on doive attribuer à un effet du hasard les nombreuses pneumonies observées pendant l'épidémie, et je ne vois pas ce qu'il y a de choquant à admettre qu'une cause qui, chez beaucoup de malades, produit une inflammation si vive des bronches, puisse chez d'autres produire une inflammation du parenchyme pulmonaire; ce qui me confirme dans

cette opinion, c'est que les pneumonies qui ont régné pendant l'épidémie, offraient un cachet particulier, et différaient d'une manière notable de la pneumonie étudiée en temps ordinaire. C'est ce que prouvera, je pense, l'analyse suivante des pneumonies qui se sont présentées à mon observation.

Sur 184 hommes admis dans le service de M. Petit, à l'Hôtol-Dieu, du 15 janvier au 1er mars, 125 ont offert tous les caractères de la grippe, et sur ces 125, il y en a 33 qui ont été atteints de pneumonies. Cette proportion comme l'on voit est énorme, et elle me paraît appuyer bien puissamment l'opinion que j'ai émise tout-à-l'heure. Chez les femmes, la proportion a été beaucoup moindre. Ainsi, sur 68 malades admises, 58 avaient la grippe, et sur ces 58, il y en a eu 7 qui ont présenté les symptômes d'une pneumonie. Cette proportion moindre de la pneumonie chez les femmes, ne s'est pas seulement présentée dans le service dont je rends compte, mais, d'après les renseignemens que j'ai recueillis, elle paraît avoir été générale. Je crois devoir faire remarquer que sur les 40 pneumonies que j'ai recueillies, il a existé 38 fois du souffle, et que dans les deux où ce symptôme a manqué, la nature des crachats ne permettait pas de mettre en doute l'exactitude du diagnostic.

Sur ces 40 cas, la pneumonie a existé 21 fois des deux côtés, 11 fois à droite et 8 fois à gauche, circonstances importantes à noter, et qui s'éloignent encore de ce qui existe dans les temps ordinaires où le nombre des pneumonies doubles est beaucoup moins considérable.

Pour établir l'opinion que la pneumonie n'a été qu'une simple complication favorisée seulement par la débilité, suite ordinaire de la grippe, on s'est fondé sur ce que cette affection ne survenait qu'au bout de quinze à vingt jours après l'invasion de la maladie. Cette assertion se trouve contredite par les faits. Ainsi, d'après mes relevés, la pneumonie s'est développée, terme moyen, le neuvième jour. Chez 9 malades, elle existait dès le troisième. D'ailleurs, de ce qu'un symp-

tôme n'apparaît qu'au bout de plusieurs jours de maladie, est-on en droit de lui contester sa valeur, et l'éruption qui, dans la fièvre typhoïde ne survient quelquefois que du dixième au douzième jour, en est elle moins un symptôme caractéristique de cette maladie?

Le début de la pneumonie n'a pas toujours été précédé d'une bronchite, quoique cela ait eu lieu très-fréquemment. Ainsi, chez les 9 malades que j'ai cités, et chez lesquels nous avons constaté une pneumonie dès le troisième jour de la maladie, son début a nécessairement été brusque, car le troisième jour, il existait déjà du souffle. Aucun de ces malades ne toussait avant l'invasion de la maladie. M. Piorry (*Gazette médicale* du 8 avril), a cherché à caractériser la pneumonie particulière observée pendant l'épidémie, en disant qu'elle a constamment succédé à une bronchite, tandis que la pneumonie ordinaire arrive subitement : cette opinion, d'après ce que que je viens de dire, ne s'applique pas à tous les cas. Il ajoute que son début a été ordinairement signalé par de la faiblesse, mais cette faiblesse n'appartient pas en propre à la pneumonie, car toutes deux ne sont autre chose que deux symptômes d'une même maladie, qui est la grippe. Du reste, comme l'a parfaitement signalé M. Piorry, le début de la maladie s'est fait remarquer par une extrême obscurité dans les symptômes, et généralement elle a marché d'une manière très-peu franche. Le point de côté, qui le plus souvent nous avertit de l'invasion d'une phlegmasie pulmonaire, a manqué dans la majorité des cas, je ne l'ai noté que onze fois, et encore n'avait-il pas toujours toute l'acuité qu'il a d'ordinaire. Les premiers jours, la matité seule pouvait faire supposer l'existence d'une pneumonie, puis il survenait un peu de râle, généralement plus humide que le vrai râle crépitant, et immédiatement après du souffle et la respiration tubaire. M. Piorry a très-bien expliqué ce caractère humide du râle observé dans ces pneumonies par l'accumulation du liquide dans les bronches. Les crachats n'ont rien offert de particulier à noter ;

dans les deux ou trois premiers jours ils n'offraient que les caractères des crachats de la bronchite ; peu-à-peu ils devenaient visqueux et adhérents au vase, et offraient les diverses variétés de couleur qu'on leur connaît dans la pneumonie ; tantôt striés de sang et rouillés, tantôt d'une couleur jaunâtre, sucre d'orge, signalée comme caractéristique par M. le professeur Chomel, et dans les cas les plus graves, couleur jus de pruneaux, ou presque entièrement formés par du sang pur.

C'est dans les symptômes généraux surtout, que nous avons vu la pneumonie différer de ce qu'elle est habituellement. Le pouls, ordinairement si large et si plein dans cette maladie, était petit et lent ; excepté chez deux malades où il s'est élevé jusqu'à 86 pulsations, il n'a pas dépassé 72, et le plus souvent il variait de 60 à 68. M. Valleix, lui-même, qui a soutenu l'opinion opposée, n'a pas pu s'empêcher de dire (*Presse médicale* n°s 9 et 11) : « *Le pouls semblait avoir un peu moins d'ampleur....... l'accélération du pouls n'était pas dans beaucoup de cas en rapport avec la violence des autres symptômes fébriles.* » Ce caractère du pouls est assurément remarquable, sa constance mérite de fixer toute notre attention, car c'est un phénomène fort curieux que cette lenteur du pouls chez des individus atteints de lésions organiques très-étendues, et chez lesquels les autres symptômes avaient une intensité très-grande. De plus, au lieu de la coloration si animée de la face qui existe dans la pneumonie franchement inflammatoire, on trouvait, chez presque tous les malades, la figure pâle, exsangue, les lèvres bleues, la peau des extrémités refroidies, tous les symptômes enfin d'une véritable asphyxie.

Chez tous ces malades, la faiblesse était extrême ; on était obligé de les soutenir afin de pouvoir les ausculter, encore cette position assise les fatiguait considérablement, et cet état s'observait aussi bien chez les jeunes sujets que chez les sujets déjà avancés en âge. Les malades ne semblaient pas souffrir,

tant la prostration était grande, et assurément sans le secours de l'auscultation, une grande partie de ces pneumonies eussent été méconnues, aussi l'examen des malades exigeait une attention toute particulière.

Je pourrais citer ici comme exemple frappant de ce que je viens de dire, un malade nommé Genly, âgé de 20 ans, charretier, couché au n° 40, salle Saint-Bernard ; il entra à l'hôpital, le 14 février, présentant tous les symptômes d'une pneumonie double. Le souffle et la matité s'étendaient à plus des deux tiers inférieurs des deux poumons, et cependant il n'y avait pas la moindre réaction. Le malade ne paraissait pas éprouver la moindre gêne dans la respiration, le pouls était calme et variait de 60 à 68 pulsations ; les mouvemens respiratoires n'étaient point accélérés, la peau avait sa température normale, et ce jeune homme qui ne se doutait nullement de la gravité de son état, demandait continuellement à manger. Il sortit le 3 mars, parfaitement guéri par la méthode contre-stimulante. Hormis les symptômes locaux, il n'y a rien ici assurément qui ressemble à la pnéumonie.

Chez d'autres malades atteints de pneumonie, il existait une dyspnée intense, accompagnée de véritables accès de suffocation. Ces cas ont été rares, je n'en ai vu que cinq. Il m'à été impossible de me rendre compte de la différence observée sous ce rapport ; j'ai cru un instant qu'on pourrait l'expliquer par la différence dans la rapidité d'invasion de la maladie, mais les faits n'ont point confirmé cette opinion ; je n'ai point noté de différence dans la pneumonie, suivant qu'elle survenait immédiatement après l'invasion de la grippe, ou seulement plusieurs jours après. La dyspnée qui a existé chez les malades n'était nullement en rapport avec l'étendue de la lésion du poumon, et comme exemple le plus frappant, je citerai un malade nommé Dufay, âgé de 25 ans, journalier, couché au n° 25 de la salle Saint-Bernard. Il était habituellement bien portant, et avait la grippe depuis huit jours, lorsqu'il entra à l'hôpital, le 5 février. Outre les autres symptô-

mes de la grippe, il existait chez lui une pneumonie caractérisée par des crachats rouillés, de la matité et du râle crépitant en arrière et à gauche, la faiblesse musculaire était extrême, et la céphalalgie très-vive, mais comme symptôme dominant, il existait chez lui une dyspnée des plus intense, le malade ne pouvait rester couché, il était forcé de s'asseoir dans son lit, la respiration était anxieuse et troublée par de fréquens accès de suffocation.

La face était pâle, les lèvres bleues et les extrémités refroidies. Il succomba au bout de deux jours, malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique et à l'autopsie, on ne trouva, pour rendre compte des phénomènes observés pendant la vie, qu'une hépatisation rouge du tiers moyen du poumon gauche. A peine y avait-il un peu de rougeur dans les bronches. Cette même dyspnée existait, quoique moins intense chez quatre autres malades atteints de pneumonie et qui ont parfaitement guéri.

D'après tout ce qui précède, il est impossible de ne pas reconnaître à la pneumonie observée pendant l'épidémie, un caractère particulier qui la distingue, et si cette opinion avait encore besoin de nouvelles preuves, nous les trouverions dans les résultats du traitement.

Formes de la grippe. — D'après l'examen que nous avons fait de la maladie, on voit qu'il est possible d'établir deux groupes de symptômes secondaires, suivant qu'ils avaient leur siége dans l'appareil digestif ou dans l'appareil respiratoire; il en résulte deux formes de grippe, *la grippe abdominale et la grippe thoracique*. Ces deux formes, qui sont les seules que nous ayons observées, me paraissent bien distinctes l'une de l'autre, quoiqu'elles aient des points de contact. Il est une troisième forme qui a été admise et décrite, c'est la *grippe encéphalique*, dans laquelle il y aurait eu prédominance des symptômes cérébraux, tels que du délire, du coma, etc. Je n'ai observé de délire dans aucun cas, et l'insensibilité apparente, la stupeur, qui ont existé chez les malades, me semblent dus à la même cause que la faiblesse musculaire et la prostration générale, plutôt qu'ils

ne me semblent être l'expression d'une lésion des organes encéphaliques. On a parlé de grippes rhumatismales, paralytiques, etc., mais ces formes sont plutôt imaginaires que réelles, et quoiqu'elles aient pour appui un nom justement célèbre dans la science, je ne pense pas que personne soit tenté de les reproduire.

Marche ; durée ; prognostic. — La marche de la maladie a dû nécessairement être subordonnée à l'intensité des symptômes. Chez quelques personnes elle a été très-bénigne, et alors la durée ne dépassait pas cependant cinq à six jours. Généralement cependant elle a duré plus longtemps, à cause de la persistance de deux symptômes lents à se dissiper, la toux et la faiblesse musculaire. La persistance de la toux chez beaucoup de malades a été due en partie à ce que se voyant peu gravement atteints ils ont négligé les précautions hygiéniques nécessaires, en partie aux froids qui ont régné pendant le mois de mars. La faiblesse musculaire, comme je l'ai dit, a quelquefois existé seule, et chez plusieurs personnes elle a régné seule pendant douze à quinze jours, sans qu'il vînt s'y joindre aucun autre symptôme de grippe. C'est cette faiblesse qui, avec la céphalalgie, a prolongé la convalescence chez beaucoup de malades, pendant des semaines entières ; et ces deux symptômes, qui ont généralement paru les premiers, ont été aussi les plus opiniâtres et les derniers à se dissiper. Dans la majorité des cas, la grippe est une maladie peu dangereuse. La gravité de l'épidémie et l'augmentation de la mortalité pendant qu'elle a régné, sont dues à la fréquence des pneumonies et à l'influence fâcheuse qu'elle a exercée sur les autres maladies qui en ont en partie revêtu les caractères. Malgré les progrès que l'on a fait dans ces derniers temps dans le diagnostic et le traitement de la pneumonie, elle n'en est pas moins une maladie fort grave contre laquelle toute espèce de traitement est souvent impuissant, bien entendu que le pronostic doit être relatif à la durée et à l'intensité de la maladie, ainsi qu'à l'âge et à la constitution de celui qui en est atteint.

La constitution régnante a exercé son influence sur la plupart des autres affections. C'est ainsi que des symptômes de la grippe, tels que la faiblesse, la céphalalgie, la toux, sont survenues chez des individus atteints de maladies du cœur ou de tout autre organe, et souvent cette complication a paru hâter la marche de ces maladies vers une terminaison fâcheuse. C'est surtout sur les individus atteints de phthisie pulmonaire que la grippe a exercé une influence funeste. Elle a accéléré la marche de la maladie d'une manière effrayante, et l'on voyait mourir dans l'espace de quelques jours des malheureux qui, sans l'apparition de l'épidémie, eussent sans aucun doute traîné encore pendant un ou plusieurs mois leur triste existence. En général la grippe a été plus grave et la convalescence plus longue chez les vieillards que chez les adultes, ce qui s'explique facilement, car ayant moins de force et de résistance, ils doivent être plus fâcheusement influencés par une maladie essentiellement adynamique.

La rougeole a été très-fréquente pendant l'épidémie, et elle se compliquait très-facilement de pneumonie. Cette inflammation a existé chez deux malades reçus dans nos salles pour la rougeole; l'un d'eux a succombé, l'autre est encore dans l'hôpital, retenu par une toux opiniâtre.

M. Horteloup m'a dit avoir observé plusieurs fois la même complication en ville.

Les recherches faites sur les cadavres d'individus morts pendant l'épidémie, ne nous ont rien appris de relatif à la grippe. Dans tous les cas où il existait une grippe thoracique, on a trouvé une rougeur plus ou moins vive des bronches. Dans les cas où les malades ont succombé à une pneumonie, on a rencontré les altérations pathologiques propres à cette maladie. M. Nonat a trouvé quatre fois des fausses membranes dans les bronches, mais ces cas sont trop peu nombreux pour qu'on puisse rien en conclure; peut-être n'y avait-il qu'un simple rapport de coïncidence entre la pneumonie et la présence de ces fausses membranes. Les cas de grippe ab-

dominale ont été très-peu graves ; rarement la maladie s'est prolongée au-delà de six à huit jours, et jamais elle n'a été suivie d'une terminaison funeste.

Pour beaucoup de médecins la grippe n'est autre chose qu'une bronchite, et cette opinion a été émise par les uns, parce que, trop empressés de juger la maladie avant qu'elle ne se soit bien dessinée, ils ne se sont attachés qu'aux symptômes qui les ont le plus frappés, et ont confondu ceux qui ne sont que secondaires avec ceux qui se montrent primitivement; pour les autres, parce qu'ils ont horreur de toute maladie génerale, et qu'il leur fallait à toute force trouver dans la grippe une inflammation.

Assurément la grippe n'est point une simple bronchite ; et d'abord n'avons-nous pas établi, et plusieurs auteurs n'ont-ils pas mentionné des cas de grippe dans lesquels il n'existait pas le moindre accident du côté de la poitrine? N'ai-je pas cité des cas de grippe réduits, pour ainsi dire, à leur plus simple expression, la faiblesse musculaire? Celle-ci, ainsi que la céphalalgie, n'existent pas dans la bronchite, ou bien elles ne surviennent que consécutivement par la fatigue que cause la toux et l'épuisement dans lequel elle jette les malades. Dans la grippe, au contraire, ces deux symptômes sont les premiers que l'on observe, et ils persistent après que tous les autres ont disparu. Les crachats n'ont eu le caractère qu'ils offrent dans la bronchite, que dans la minorité des cas. L'auscultation a rarement fourni les caractères qu'elle nous donne dans la bronchite, et souvent il existait une toux des plus intenses, sans qu'aucun râle ne se fit entendre dans la poitrine, ou si l'on entendait un peu de râle sibilant ou muqueux, il n'existait aucun rapport entre l'intensité des deux phénomènes. Non-seulement la grippe n'est point une bronchite, mais encore ce n'est point une maladie inflammatoire. Qu'est-ce qu'une inflammation dans laquelle, loin d'y avoir fièvre et réaction, il existe tous les symptômes d'adynamie dont j'ai parlé, où le pouls est petit et lent, la peau froide,

la figure pâle, exsangue, les lèvres bleues, etc.? Et c'est précisément dans les cas les plus graves, c'est-à-dire là où l'inflammation aurait dû être la plus vive, que ces symptômes d'adynamie ont été le plus prononcés. Enfin le traitement nous fournira une dernière preuve contre la nature inflammatoire de la maladie.

Je considérerais volontiers la grippe comme une maladie générale, résultat d'une cause qui exerce son influence, non pas sur un point circonscrit de l'organisme, non pas sur tel ou tel organe en particulier, mais bien sur les principaux organes de l'économie, sinon sur l'économie toute entière. Pour produire des effets aussi uniformes et si constamment identiques, au milieu de conditions si diverses d'âge, de sexe, de climats, de saisons et de localités, il faut nécessairement que cette cause soit due à un principe constant et conservant partout le même caractère; il faut en outre qu'elle porte toujours son action sur un même système d'organes. Or, le système qui me paraît primitivement et plus particulièrement attaqué par la grippe, c'est le système nerveux: de là la faiblesse musculaire, la céphalalgie, survenant subitement chez des sujets bien portants; de là cette petitesse et cette lenteur du pouls; de là cette toux si opiniâtre et si intense qui ne s'accompagne d'aucun des symptômes que l'auscultation devrait fournir si elle était de nature inflammatoire. Qu'est-ce autre chose qu'un phénomène nerveux, que cette dyspnée intense dont aucune lésion ne rend compte? Comment expliquer autrement que par une lésion du système nerveux, cette prostration, cette indifférence, cette insensibilité si grandes chez des malades atteints d'une double pneumonie? Et n'est-ce pas à la même cause qu'il faut rapporter les symptômes d'asphyxie observés chez d'autres malades?

Traitement.—Dans les cas les plus simples, le traitement de la grippe s'est borné aux moyens hygiéniques; le plus souvent la maladie a suivi une marche régulière, et a guéri au bout de huit à dix jours par les seuls efforts de la nature.

Les vomitifs, et l'ipécacuanha en particulier, ont été très-utiles pour diminuer la céphalalgie et l'opiniâtreté de la toux. L'opium à petites doses a également été employé avec succès pour calmer la toux et les accès de dyspnée ; pour boisson ordinaire on employait des tisanes émollientes ou légèrement diaphorétiques.

On n'a pas été aussi généralement d'accord sur la nature du traitement à employer lorsqu'il existait une pneumonie. Les uns ont prôné la saignée comme avantageuse, les autres l'ont rejetée comme nuisible. Cette diversité d'opinions sur l'utilité de la saignée dans la grippe, se retrouve chez beaucoup de médecins anciens qui ont écrit sur cette maladie ; Vier n'hésite pas à attribuer à l'emploi de la saignée, la mortalité extraordinaire observée à Rome pendant l'épidémie de 1580, tandis que Macbride attribue la grande mortalité qu'on observa à Londres, chez les gens du peuple, pendant la grippe de 1775, à la répugnance que l'on avait encore de son temps, pour la saignée dans le traitement de la grippe. Ce qu'il y a de bien plus étonnant, c'est que l'utilité de la saignée ait été proclamée et contestée dans une même épidémie : c'est ce qui vient cependant d'arriver sous nos yeux.

La question ne pourra être résolue que lorsqu'un assez grand nombre de faits recueillis avec impartialité auront été déposés dans la science. Aussi, au lieu de m'engager ici dans une discussion inutile, je vais rapporter ce que j'ai eu occasion d'observer.

Je diviserai en deux catégories les 40 pneumoniques traités dans nos salles par M. Horteloup pendant l'épidémie. Dans la première catégorie sont compris les malades entrés depuis le 20 janvier jusqu'au 14 février, et qui ont été traités par les émissions sanguines. La deuxième comprend ceux entrés depuis le 14 février jusqu'au 1er mars, lesquels ont été traités par la méthode contro-stimulante.

La première catégorie comprend 19 hommes et 5 femmes, en tout 24 malades atteints de pneumonie : sur ces 24,

12 étaient atteints de pneumonie double. Le terme moyen de l'âge de ces malades était de 37 ans ; il m'a été impossible de déterminer, terme moyen, à quel jour de la maladie le traitement avait été commencé, parce qu'il m'a été souvent impossible de recueillir des renseignemens exacts sur l'invasion de la pneumonie. Tous ces malades ont été saignés d'une manière générale et locale ; chacun d'eux a eu au moins trois saignées générales et deux applications de ventouses. Dans deux cas, le nombre des saignées générales a été de six, et celui des saignées locales de trois. Toujours on faisait deux saignées et une application de ventouses le premier jour ; la saignée était répétée le lendemain matin, et ensuite elle était proportionnée à l'intensité des symptômes locaux, à l'âge et à la force des malades. Sur ces 24 malades, 15 ont guéri, terme moyen, en 13 jours ; au minimum, en 12 jours, et au maximum en 16 jours. (Je date la guérison à parler du jour où les malades ont mangé le quart d'alimens qui leur était donné lorsque le souffle avait disparu et que les poumons étaient redevenus entièrement perméables à l'air.) 7 hommes et 2 femmes, total neuf, sont morts : Sur ces 9, il en est deux dont la mort a été causée par des circonstances accessoires. L'un d'eux atteint d'une pneumonie double, était parfaitement guéri depuis quatre jours, lorsqu'à la suite d'un excès de boisson (il avait acheté du vin dans la salle) il eut une rechute qui l'emporta en 36 heures ; l'autre était atteint, outre la pneumonie, d'un cancer du foie et d'une péritonite intense. Tout en faisant la part de ces circonstances, on voit que cette proportion des malades morts, sur ceux qui ont guéri est énorme. Aussi M. Horteloup dût-il abandonner les émissions sanguines. Depuis plusieurs jours, il s'était aperçu du peu de succès que les saignées obtenaient ; mais c'est le 14 au matin, en apprenant la mort d'un malade âgé de 54 ans, fort et vigoureux, entré à l'hôpital depuis trois jours, et traité vigoureusement par la méthode antiphlogistique, pour une pneumonie droite, qu'il se décida à renoncer à cette méthode de

traitement. Depuis ce jour, toutes les pneumonies entrantes furent traitées par le tartre stibié à haute dose, et voici le résultat que nous avons obtenu.

Les malades atteints de pneumonie, admis du 14 février au 1er mars, sont au nombre de 16 : 14 hommes et 2 femmes. Sur ces 16, 8 étaient atteints de pneumonie double ; leur âge était, terme moyen, de 39 ans. Tous ont été traités par l'émétique à haute dose. Le premier jour ils en prenaient 4 ou 6 grains dans une potion, avec une demi-once de sirop diacode. On augmentait graduellement jusqu'à ce que les symptômes se fussent améliorés, et alors on diminuait la dose dans la même proportion. Le maximum qui ait été administré a été 24 grains qu'un des malades prit cinq jours de suite. La tolérance s'établissait généralement au bout de trois à quatre jours, rarement avant, et en général elle s'établissait beaucoup plus vite du côté de l'estomac que de l'intestin. Jamais nous n'avons observé le moindre accident, ni la moindre trace d'inflammation dans le tube digestif ; une seule fois il est survenu une légère angine qui a paru dépendre de l'emploi de l'émétique ; on le suspendit, et l'angine disparut au bout de deux jours.

Sur les 16 malades qui ont été traités de la sorte, 14 ont guéri, terme moyen, en neuf jours, au minimum en cinq jours, et au maximum en quatorze jours. Deux seulement sont morts, et encore l'un d'eux, couché au n° 5, salle Saint-Bernard, était un vieillard âgé de 67 ans, plongé dans un état de stupeur telle, qu'il était impossible d'obtenir de lui la moindre parole. La figure était pâle et terreuse, les lèvres bleues, la peau froide, le pouls imperceptible : il existait de la matité et du souffle en arrière et à droite ; il fut impossible de lui faire prendre une seule goutte de sa potion. Il mourut au bout de deux jours. L'autopsie confirma le diagnostic, et nous trouvâmes une pneumonie de tout le poumon droit.

L'autre, couché au n° 17, même salle, âgé de 44 ans, toussait depuis plusieurs mois ; il était atteint d'une pneumo-

nie à droite, et succomba malgré l'emploi de l'émétique. A l'autopsie, nous trouvâmes des tubercules ramollis dans tout le poumon, du côté où existait la pneumonie.

Si nous supprimons maintenant les 4 malades dont la mort s'explique par des circonstances étrangères, nous trouvons que sur 22 malades traités par les émissions sanguines, 7 sont morts, et que sur 14 malades traités par l'émétique à haute dose, il n'en est mort aucun. Et qu'on ne m'objecte pas que ces derniers étaient peut-être moins malades que les premiers, car je pourrais presque affirmer l'inverse. Parmi les malades guéris par l'émétique, il en est plusieurs qui sont entrés dans un état vraiment désespéré. M. Horteloup était convaincu d'après les observations faites depuis le commencement de l'épidémie, que les saignées les auraient infailliblement fait succomber, et l'émétique les a guéris avec une rapidité surprenante. Ceux qui ont suivi le service, ont pu voir qu'au bout de deux à trois jours de l'administration de l'émétique, les symptômes généraux avaient généralement disparu, et les symptômes locaux s'étaient notablement amendés. Si nous comparons le temps qu'a duré la maladie chez ceux qui ont été traités et guéris par les deux méthodes, nous trouvons que l'avantage est encore pour la méthode de Rasori. Par celle-ci, les malades ont guéri, terme moyen, en 9 jours, par la méthode anti-phlogistique en 13 jours; pour celle-ci, le minimum de la durée de la pneumonie, à partir du jour où le traitement a commencé, a été de 12 jours; pour celle-là elle a été de huit jours, une fois même, elle n'a été que de cinq jours.

Assurément, de tout ce qui précède je ne veux rien conclure contre l'utilité de la saignée dans la pneumonie; en temps ordinaire, c'est la méthode la plus rapide et la plus sûre, mais je crois pouvoir en conclure avec raison qu'il est impossible de réduire la méthode antiphlogistique en formules applicables à tous les cas. Un tel système me paraît entraîner les résultats les plus funestes. Un même mode de traitement

ne peut être indistinctement employé à toutes les époques, et il faut lui faire subir les modifications qu'exigent les constitutions médicales régnantes. C'est là une vérité proclamée de tous temps, par tous les médecins qui ont étudié avec quelque soin l'influence des conditions atmosphériques sur les diverses maladies.

Lettre à M. Velpeau, *sur les luxations fémoro-tibiales ; par* J. F. Malgaigne, *agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du Bureau central.*

Monsieur et très-honoré confrère, vous avez publié dans le XIVe volume du *Dictionnaire de Médecine,* un article *sur les luxations du genou*, aussi remarquable par le nombre des faits que par la nouveauté des déductions. Déjà l'un de nos meilleurs journaux a caractérisé votre travail « Un de ces articles qui font la fortune des publications de ce genre », et je m'associe sans réserve à cet éloge. Vous avez reconnu, Monsieur, que jusqu'à présent l'histoire des luxations du genou n'avait guère été qu'un confus assemblage d'assertions sans preuves, émises d'autorité et acceptées sur parole, et qu'il était temps enfin de la fonder sur des observations cliniques. Vous en avez rassemblé 29, et les conclusions auxquelles elles vous ont conduit sont d'abord : 1° que les luxations complètes sont plus fréquentes que les luxations incomplètes ; 2° que les luxations incomplètes sont presque impossibles en avant et en arrière, tandis que les luxations latérales paraissent jusqu'à présent n'avoir jamais été complètes ; 3° enfin vous établissez diverses variétés, et vous indiquez leur mécanisme, leurs signes, leurs conditions anatomiques, d'une manière infiniment plus précise qu'on ne l'avait fait avant vous. Ayant fait de mon côté quelques recherches sur ce sujet, j'ai vu avec plaisir que je m'étais rencontré avec vous sur beaucoup de points, avec regret que j'en différais sur quelques autres. Permettez-moi de vous soumettre les motifs de mon dissentiment ; bien qu'il soit

fort difficile de glaner dans un champ que vous avez moissonné, j'ai cependant été assez heureux pour découvrir quelques observations qui vous avaient échappé ; mais surtout, moins pressé que vous ne l'étiez par les limites de votre cadre, je pourrai les discuter plus largement pour en faire ressortir la signification réelle.

Les auteurs n'ont jamais été bien d'accord sur les diverses espèces de ces luxations. En général, l'histoire des déplacemens articulaires nous présente à chaque page des exemples de ce double phénomène, inconnu dans les autres branches de la pathologie chirurgicale ; la tendance des écrivains à inaugurer comme lésions réelles des créations d'imagination pure ; et, d'autre part, une facilité non moins égale à rejeter comme imaginaires des lésions qui ont été réellement observées. L'unique moyen de mettre un terme à ce conflit, est d'interroger chaque opinion, en lui demandant des preuves et en les soumettant au contrôle des faits.

Selon Hippocrate, le genou se luxe en dedans ; c'est le cas le plus ordinaire ; ensuite en dehors, quelquefois enfin vers le jarret. Il paraît d'ailleurs admettre des luxations complètes ὀλισθήματα, et des luxations incomplètes, διακινήματα, ce que quelques auteurs ont rendu par *luxationes* et *emotiones*. C'est Galien qui a donné à ces expressions la valeur que je viens de dire ; mais il serait fort difficile d'établir si c'était bien la véritable pensée d'Hippocrate ; il est beaucoup plus probable que les anciens, qui accordaient bien moins d'attention que nous à la parfaite précision des conditions anatomiques, distinguaient seulement les déplacemens selon le plus ou moins de saillie des os luxés ; pour eux une luxation complète était seulement un déplacement très-prononcé ; et Duverney lui-même n'y met pas plus de recherche, quand il appelle luxation complète celle où un des condyles quitte sa place pour prendre la place de l'autre.

Quoi qu'il en soit, un grand nombre d'auteurs, Celse à leur tête, n'ont point fait de distinction ; Celse indique seulement les luxations en dedans, en dehors et en arrière. C'est

la doctrine générale de l'antiquité. Un seul chirurgien, Mégès, cité par Celse, dit avoir traité et guéri une luxation en avant; ce qui n'empêche pas Galien et Paul, et les Arabes et tout le moyen âge, de regarder cette luxation comme impossible. Fabrice d'Aquapendente et A. Paré l'admettent, mais comme la plus rare de toutes, et Duverney insista très-fortement plus tard pour en faire voir l'impossibilité. Enfin au 19e siècle, Monteggia et Chélius admettent les quatre luxations, le plus souvent incomplètes, mais complètes aussi quelquefois; Boyer en retranche les luxations complètes, soit en avant, soit en arrière. Sir A. Cooper, au contraire, n'admet comme complètes que celles-ci; les latérales pour lui sont incomplètes; doctrine qui se rapproche essentiellement de celle que vous êtes venu établir.

Et sur quoi se fondent toutes ces autorités? Il faut bien le dire; jusqu'à Sir A. Cooper et vous, on n'a fait que copier Hippocrate, ou bien, sur les points contraires à sa doctrine, on a invoqué l'anatomie; et je dirais volontiers qu'ici, comme en bien d'autres occasions, on a fait de l'anatomie chirurgicale contre la pathologie. Celse, qui nous rapporte le succès de Mégès, regarde pourtant comme très-vraisemblable que la luxation en avant n'existe pas, la rotule se trouvant là pour retenir la tête du tibia. Galien ne manque pas d'adopter cette raison péremptoire; de plus, il explique pourquoi la luxation en arrière doit être la plus rare par la présence du muscle poplité; et enfin si celle en dedans est la plus fréquente de toutes, c'est que l'article est bien moins muni de ce côté qu'en dehors. Duverney et Boyer font des raisonnemens du même genre. La doctrine de Sir A. Cooper repose sur sept observations, auxquelles vous en avez rallié vingt-deux autres. Mais vous ne vous êtes point borné là, et vous avez eu aussi recours et aux données de l'anatomie et à l'expérimentation sur le cadavre.

Ainsi une grande partie de votre doctrine sur les luxations incomplètes repose sur un fait anatomique. « Il est presque impossible, dites-vous, que les facettes du tibia abandonnent

partiellement les condyles du fémur dans le sens purement antéro-postérieur ; ou elles rentrent d'elles-mêmes dans leur situation naturelle, ou elles s'échappent tout-à-fait une fois que le déplacement a commencé en avant et en arrière. »

Ce sera là, Monsieur, le premier point que je me permettrai de discuter avec vous : mais je séparerai, pour plus de précision, les luxations en avant des luxations en arrière, et c'est par ces dernières que je commencerai.

1° *Y a-t-il des luxations fémoro-tibiales incomplètes en arrière ?*

Il est évident, avant tout, que si le hasard venait à vous présenter une luxation incomplète, soit en avant, soit en arrière, vous vous embarrasseriez peu de répondre à l'argument qui démontrerait leur presque impossibilité. Les faits sont despotiques de leur nature ; ils s'imposent en dépit des raisonnements contraires, et c'est pourquoi, dans notre science, il faut être si réservé quand on ne marche pas à leur lumière. Aussi, malgré l'espèce de dilemme que vous opposez aux luxations incomplètes, vous vous êtes gardé de conclure d'une manière absolue. Bien plus, quand il s'est agi des luxations latérales, vous avez fait assez bon marché de votre raisonnement primitif. « Deux malades observés à l'hôpital de Guy, dites-vous, l'un d'entr'eux notamment, autoriseraient à penser que les condyles du fémur peuvent se placer entre le fibro-cartilage semi-lunaire et le bord externe de chaque facette articulaire du tibia. » Mais si, dans les luxations latérales, les condyles fémoraux peuvent ainsi s'arrêter sur le bord de leur cavité, qui les en empêcherait dans les luxations antérieures ou postérieures ?

A cette première raison j'en ajouterai une autre. Ce n'est pas seulement pour cette articulation qu'on peut faire usage de votre argument ; il a été appliqué, vous le savez, à celles de l'épaule et de la hanche. Il a bien fallu pourtant se résigner à admettre des luxations scapulo-humérales incomplètes ; et pour

celles du fémur, M. Robert en a montré une datant de dix-huit jours, à l'Académie. La Société anatomique en a vu d'autres plus anciennes, et je vais même beaucoup plus loin, moi qui professe que toutes les luxations primitives du fémur sont incomplètes. Là cependant se trouve une cavité bien plus profonde, un rebord bien plus tranchant, une tête articulaire bien plus arrondie. C'est que nous sommes trop préoccupés, dans cette circonstance, de l'étude isolée du squelette à l'état frais et sec ; et par exemple, sur une articulation fraîche, il est vraiment impossible, comme vous l'avez bien vu, de fixer solidement un des condyles fémoraux sur le rebord des cavités tibiales ; il glisse constamment ou en dedans ou en dehors. Mais laissez toutes les parties en place ; faites qu'une large déchirure creuse une cavité nouvelle à travers la capsule et les masses musculaires : alors, même sur le cadavre, le condyle fémoral ne glissera complètement en dehors qu'autant que la rupture musculaire sera assez grande ; sinon il s'arrêtera à moitié chemin, retenu, d'une part, par le rebord des fibro-cartilages, de l'autre par les limites de la déchirure. Et sur le vivant, que d'autres conditions favorables aux luxations incomplètes ? Un caillot de sang peut remplir la cavité articulaire ; les contractions musculaires retiennent l'os en dedans. Pour en citer l'exemple le plus frappant, peut-être, je fais voir dans mes cours d'anatomie chirurgicale, comment la tension des muscles psoas et iliaques sur la partie interne de la cavité cotyloïde, empêche le fémur d'y rentrer, même sur le cadavre, dans toutes les luxations en dehors, bien que la tête se trouve à cheval sur le rebord cotyloïdien. Jugez ce que cet obstacle peut devenir sur le vivant, et combien la méthode de réduction ordinaire, qui accroît la tension de ces muscles, est douce et rationnelle !

Mais ce sont là encore de purs raisonnements ; j'ai bien montré la possibilité de ces luxations incomplètes du tibia en avant et en arrière, que vous ne niez pas vous-même absolument ; je n'ai rien fait pour prouver leur existence. Je crois,

Monsieur, qu'il ne vous restera pas de doutes, après la lecture des observations qui suivent. J'emprunte la première à Lassus (1).

OBS. I.re — *Luxation du tibia en arrière, non réduite.* — Un jeune homme âgé de 25 à 26 ans, tomba sur le genou droit si rudement, qu'il en résulta, dans toute la surface de cette articulation, un gonflement douloureux qui obligea le malade de garder le lit pendant deux années. Cependant il ne se fit point d'abcès, et à l'aide de cataplasmes émolliens et du repos, ce jeune homme fut guéri en conservant une luxation incomplète et en arrière du tibia. Voici, dit Lassus, ce que nous avons observé :

« Il se tient assez droit sur ses deux jambes, n'inclinant dans cette attitude son corps ni sur l'une ni sur l'autre. Il appuie également la plante des deux pieds à terre, et ne boite point en marchant, quoique la jambe droite, siège du mal, soit raccourcie d'environ deux pouces. Cette même extrémité est plus grêle et plus maigre que celle du côté sain, et le mollet est aussi moins volumineux. Le jeune homme tourne à volonté la pointe du pied en dedans et en dehors comme dans l'état naturel. Il fléchit et il étend la jambe malade, sans pouvoir néanmoins la fléchir autant que celle du côté sain. Ainsi il n'y a point d'ankylose. Il fait une lieue à pied sans s'incommoder; mais s'il parcourt un plus long espace, son genou se gonfle, et il est obligé de garder le lit pendant huit à dix jours. Les condyles du fémur font en devant une saillie considérable, au-dessous de laquelle est un enfoncement formé par le déplacement du tibia en arrière. La rotule est mobile, mais plus basse que dans l'état naturel.

Je sais bien que cette observation pourrait être et plus complète et plus clairement écrite. Ce raccourcissement de deux pouces, sans autre remarque, paraît au premier abord inconciliable avec une luxation incomplète; il ne l'est pas moins avec ces deux circonstances, que le sujet ne boitait point, et qu'il n'inclinait pas plus le corps sur une jambe que sur l'autre. Mais ces circonstances même démontrent, à mon avis, que le raccourcissement n'était qu'apparent, que les condyles tibiaux et fémoraux étaient restés sur le même plan, et qu'en effet la luxation n'était point complète. A quoi tenait

(1) Lassus, *Pathologie chirurgicale*, tome II, page 193.

cependant cette fausse apparence qui en a imposé à Lassus ? A un changement de rapport très-simple et facile à comprendre.

La jambe, dans l'extension, se mesure généralement du bord inférieur de la rotule au pli du coude-pied, ou aux saillies malléolaires; dans la flexion, on y comprend même une petite partie de la rotule. Ainsi considérée, la jambe est plus longue que le tibia; elle empiète un peu sur les condyles fémoraux; du reste, il en est de même à la face postérieure, où le mollet n'expire qu'au niveau du bord inférieur de la rotule. Pour le cas d'une luxation tibiale en arrière, même incomplète, la rotule obligée de suivre le tibia dans son recul descend donc vers la partie inférieure des condyles fémoraux, tandis qu'elle les dépassait presque totalement à l'état normal; au lieu de regarder en avant, elle regarde à la fois en avant et en bas. Son ligament tendu presque horizontalement entre son bord inférieur et la tubérosité du tibia, est presque entièrement caché à l'œil, et perdu pour la longueur de la jambe, qu'il augmentait d'une bonne partie de la sienne. J'ai trouvé dans mes recherches sur les luxations rotuliennes, que le ligament avait de 24 à 27 lignes; à la vérité, ses attaches tibiales étant fort étendues, il ne se replie guères en avant que d'une longueur de 18 lignes. Mais ajoutez à cela un peu de gonflement peut-être, et vous arriverez ainsi à expliquer très-naturellement l'inexplicable raccourcissement de Lassus. S'il avait regardé la jambe par derrière, il aurait retrouvé sa longueur normale. Vous-même, Monsieur, vous avez parfaitement indiqué ce phénomène dans un passage qui se rapporte à la vérité à la luxation complète : « Vue en arrière, la jambe n'a rien perdu de sa longueur; par sa face antérieure, elle paraît beaucoup plus courte. » La différence essentielle est que dans la luxation complète, il y a un réel raccourcissement du membre, qui n'existe pas dans la luxation incomplète.

C'est un malheur, toutefois, que les maîtres de l'art nous lèguent ainsi des faits incomplets, mal décrits, qui ont besoin

d'explication et de commentaires, et ce regret pourra trouver plus d'une application dans la suite de cette lettre. Du moins, l'observation précédente va se trouver confirmée par une seconde que j'ai recueillie moi-même, et dont je me servirai avec plus de confiance.

OBS. IIe. — *Luxation incomplète du tibia en arrière, non réduite.* — Lorsque je faisais par intérim le service à l'hôpital Saint-Louis, je reçus le nommé François Courtaud, âgé de 28 ans, scieur de long, entré d'ailleurs pour une affection étrangère à notre objet. Je fus frappé, en l'examinant, de la difformité que présentait sa jambe droite. En étendant les deux membres, on voyait le genou droit, plus gros, descendre aussi plus bas que l'autre; puis au-dessous le tibia fuyait en arrière, de telle sorte que ma première idée fut celle d'une flexion rachitique. Un examen plus sérieux me ramena à la réalité. Cet homme m'apprit que douze à treize ans auparavant, il était tombé d'une charpente élevée de 25 pieds, sur un tas de gerbes haut d'une quinzaine de pieds, et delà sur le sol. Tout le côté droit avait porté. Le coude droit avait reçu une forte contusion; et, chose singulière, le genou droit était luxé sans qu'il parût rien aux téguments. Du reste, nul autre détail sur les circonstances de la chute. Le genou, dit-il, se gonfla immédiatement. La jambe était toute étendue; néanmoins il ne put se relever. Un rebouteur appelé dit que la rotule était luxée, fit des manœuvres de réduction, et après avoir remis ou cru remettre cet os en place, il appliqua des herbes pour faire désenfler le genou, et recommanda de marcher avec des béquilles, dès le troisième ou quatrième jour. Le malade obéit. Au bout de cinq semaines, il fut en état de marcher avec un bâton. Ses parents lui firent d'abord garder les bœufs, puis on le mit au labourage. Enfin à 23 ans il apprit l'état qu'il exerce encore aujourd'hui. Voici quel est l'état actuel du membre, considéré d'abord dans l'extension :

La rotule descend plus bas que celle du côté sain ; son bord supérieur fait aussi en avant une plus notable saillie, de manière à laisser entre lui et la saillie des muscles rotuliens, prise seulement à la partie moyenne de la cuisse, une concavité de cinq lignes de flèche. La face antérieure de la rotule regarde autant en bas qu'en avant, et fait donc avec l'axe du membre un angle d'environ 45°. Son angle inférieur paraît dépasser le niveau des condyles du fémur ; mais la fermeté de la peau et des tissus sous-jacents empêche

de le distinguer nettement, pas plus que le ligament de la rotule. Le genou se continue par une concavité très-forte avec la face antérieure de la jambe ; celle-ci se trouve à deux pouces en arrière de la saillie du bord rotulien supérieur. Le tibia n'a subi aucune torsion, et les malléoles sont dans leurs rapports ordinaires. Quand le talon pose sur le lit, la partie inférieure de la cuisse et le creux du jarret portent à faux. En pressant alors sur le genou, on force l'extension jusqu'à amener le coude-pied au même niveau à-peu-près que l'aine et la rotule ; cela se fait sans douleur ; mais l'action musculaire se borne à ramener la jambe dans une direction parallèle à la cuisse. Vue par devant et sur les côtés, la jambe paraît extrêmement raccourcie. En arrière, elle a au moins la même longueur que l'autre, et le mollet ne se termine que tout près du niveau du bord supérieur de la rotule. La saillie du mollet est beaucoup moindre que celle du genou en avant; c'est à peine s'il paraît aussi rebondi que celui du côté sain. Les dimensions du membre sain et du membre malade sont égales pour la cuisse. Au-dessus de la saillie rotulienne, la circonférence du genou luxé est moindre d'un demi-pouce; au-dessous, vis-à-vis la plus forte épaisseur du mollet, j'ai trouvé également un demi-pouce en moins. Vis-à-vis la rotule, au contraire, le côté luxé a trois-quarts de pouce en plus que l'autre. La circonférence redevient la même vers le bas de la jambe. Le sujet ne boite pas, et je me suis assuré que les pieds étaient de même force et de même longueur.

En longeant avec le doigt le côté interne de l'article, on distingue assez nettement une première saillie formée par le condyle fémoral et une autre du condyle tibial, plus marquée que sur le genou sain. Au côté externe on ne distingue pas ces saillies. Il m'a paru en outre que la rotule droite était d'environ six lignes plus large que la rotule gauche, et peut-être aussi plus épaisse. Enfin quand le genou est fléchi à angle droit, la circonférence du genou luxé augmente et va à un pouce de plus que du côté sain.

La flexion est libre, non pas cependant aussi étendue qu'à l'état normal. J'ai dit ce qui en était de l'extension. Le malade m'assura qu'il pouvait faire à pied jusqu'à douze lieues par jour ; mais alors l'articulation devenait assez douloureuse, sans gonflement toutefois, pour le forcer à garder le repos le lendemain. Il n'en souffre que dans cette circonstance et lors des changements de temps.

On peut penser que nous nous bornâmes à examiner ce cas curieux ; la nature avait fait tout ce qu'il était possible d'espérer. Le sujet sortit à quelque temps de là. J'ai fait mouler sa jambe ; et je me propose d'en donner le dessin dans le *Traité des maladies des os* que je publierai sous peu de temps.

Telle est mon observation. Quelques esprits seront peut-être étonnés de voir le tibia en arrière de deux pouces de la rotule, dans une luxation incomplète ; et cependant elle était bien incomplète, car en arrière, il était impossible de sentir à travers les muscles, les condyles du tibia. Il faut se rappeler que les condyles fémoraux, chez un homme bien développé, ont 2 pouces et demi à peu près d'épaisseur d'avant en arrière ; que le tibia mesuré au niveau de sa tubérosité n'en a pas moins, et si vous déduisez 10 à 11 lignes pour ce qui appartient à la saillie de la rotule, vous demeurerez convaincu avec moi que la luxation était bien incomplète. Mais sans tous ces raisonnemens, j'ai pris un moyen plus simple d'arriver à cette démonstration ; sur une articulation fraîchement disséquée, la rotule restant attachée au tibia, j'ai fait avancer le fémur de manière à renverser la rotule comme elle l'était dans mon observation, et à laisser entre son bord supérieur et le tibia un intervalle de deux pouces. La luxation était incomplète, la moitié antérieure des condyles fémoraux se trouvait hors des cavités tibiales. Le condyle externe appuyait sur le fibro-cartilage semi-lunaire, qu'il déprimait en avant de la cavité tibiale externe ; le condyle interne, au contraire, se trouvait naturellement retenu entre le rebord antérieur de la cavité correspondante et le fibro-cartilage entraîné plus avant par les parties molles qui le rattachent à la rotule.

Voilà donc la luxation incomplète en arrière démontrée, et par les symptômes, et par l'anatomie, et par l'expérimentation sur le cadavre. Du reste, monsieur, j'ai vu avec satisfaction que sur ce point même, je pouvais m'accorder avec vous. Vous admettez en effet, que la luxation en arrière, « possible à la rigueur sans que les ligamens soit latéraux, soit inter-articulaires, soit antérieurs, se rompent, *ne se complète presque jamais* sans arracher l'attache fémorale des jumeaux, et plusieurs des ligaments indiqués, en même temps qu'elle déchire ou oblitère une partie ou même la totalité des gros vaisseaux. On prévoit d'après cela, ajoutez-vous, que dans la luxation en

arrière, il existe deux variétés assez distinctes : que le bord antérieur des cavités du tibia s'arrête en effet sur les tubérosités postérieures des condyles du fémur, où le retiendront les fibro-cartilages semi-lunaires repoussés un peu plus en arrière, ainsi que la racine des jumeaux ou la tension des ligaments, etc.». Cette vue me paraît extrêmement ingénieuse; il ne vous a manqué que de déclarer que ce déplacement, au lieu d'être une variété de la luxation complète, était en réalité une luxation incomplète; et cela semblait même se déduire de vos expressions que j'ai soulignées. Ce qui vous a trompé, c'est que vous avez cru que les condyles touchaient au bord antérieur des cavités tibiales par leurs tubérosités postérieures, tandis que ces tubérosités sont à plus d'un pouce en arrière. Je n'insiste pas sur la position que vous attribuez aux fibro-cartilages, et qui n'est pas en accord avec leurs attaches; je viens de dire celle que je leur ai trouvée.

Mais s'il est vrai que le tibia puisse être jeté en arrière du fémur à la distance de deux pouces de la saillie antérieure de la rotule, sans pour cela abandonner complètement les condyles du fémur, ne pensez-vous pas que beaucoup de chirurgiens, ignorant cette circonstance, et effrayés d'ailleurs par un aussi énorme déplacement, auront bien pu penser qu'il y avait là une luxation complète, donner leur croyance comme une réalité, et introduire ainsi dans la science, des observations mal étiquetées et mal comprises? C'est là, comme vous savez, une opinion émise par M. Larrey dans les débats de l'Académie, et ce qui précède lui donne peut-être un peu plus de probabilité. Examinons donc à fond, autant que la science le permet, cette deuxième question : S'il existe vraiment des luxations complètes en arrière.

2° Existe-t-il des luxations complètes du tibia en arrière?

Sur ce point, monsieur, vous n'hésitez nullement à professer l'affirmative, et vous vous fondez sur huit observations. Je vais rappeler toutes celles que vous avez mentionnées.

La première est celle d'Heister, je la copie textuellement dans la traduction de Paul. « J'ai réduit il y a quelques années une luxation complète en arrière du tibia, à un homme gros et robuste, sans qu'il en ait résulté d'autre accident qu'une tumeur et de la douleur dans le genou, qui persistèrent pendant quelques semaines, et que je dissipai enfin par des fomentations résolutives, et des épithèmes de même qualité, en sorte que le malade guérit radicalement, et se porte encore très-bien. » Deux paragraphes plus loin, il semble indiquer qu'il n'a eu besoin que des mains et de la serviette; mais c'est là tout : rien sur les symptômes; ensorte qu'il demeure uniquement démontré que Heister a cru avoir affaire à une luxation complète.

Mais, comme vous l'observez très-bien, cette observation rentre parmi celles qui ne sont qu'indiquées, et la science en possède d'autres, entourés de détails concluans. Je ne sais si vous rangez parmi ce nombre celle de De la Motte; en voici du reste les détails.

« Au mois de mai 1730, l'on me vint prier d'aller voir un manœuvre qui venait d'être accablé sous une chute de terre qui lui était tombée sur le corps, à la plus proche maison de la mienne. Je me rendis à l'instant au lieu où le malheur venait d'arriver, et je trouvai cet homme encore chargé d'une partie de cette terre dont il venait d'être couvert depuis les épaules jusqu'aux pieds, mais beaucoup plus depuis la ceinture jusqu'en bas, et plus sur la cuisse et la jambe du côté gauche, étant couché sur le dos, les jambes écartées. La cuisse et la jambe du côté droit s'étant trouvées sur un terrain plein et uni, ne souffrirent qu'une contusion avec ecchymose, qui occupait depuis la partie moyenne et inférieure de la cuisse jusqu'à la partie moyenne de la jambe, à la différence de celle du côté gauche, à laquelle je trouvai une dislocation complète du genou, et *la partie intérieure du fémur régnait presque entièrement au-dessus de la partie supérieure du tibia.* La moitié de la rotule ou environ étant restée fixe sur cette partie du fémur, et l'autre partie sans appui, et sans avoir heureusement souffert de fracture ;... je dis qu'elle resta fixe, en ce que la forte aponévrose que forment les muscles extenseurs de la jambe ayant nécessaire-

ment suivi la destinée de la tête du tibia, se trouvait dans une tension si roide, que cette rotule restée de la sorte était inébranlable et sans aucun mouvement : ce qui fut causé par l'inégalité du terrain qui, s'étant trouvé plus élevé jusqu'à l'extrémité de la cuisse d'environ trois à quatre pouces, et depuis cet endroit jusqu'au-delà du pied, et joint la pesanteur du fardeau plus considérable qu'en tout le reste du corps, donna lieu à cette dislocation..... »

La luxation fut réduite avec facilité ; le malade se levait au bout de trois semaines, et après une semaine il avait repris son travail ordinaire.

Certes, le bon chirurgien de Valognes, en relatant cette dislocation du genou, *l'unique qu'il eût vue*, ne pensait pas à l'embarras qu'il donnerait à ses commentateurs. Le fait est que Boyer a vu là une luxation *complète en dehors* et non *en dedans*, comme votre imprimeur vous l'a fait dire : Samuel Cooper, ou du moins ses traducteurs ont dit en dedans. Pour vous, monsieur, avec Monteggia, vous la croyez *complète en arrière*, et je serai enfin d'un quatrième avis. D'une part, je ne vois d'autre preuve qu'elle soit complète, que l'assertion même de De la Motte, lequel était tout aise, comme il le déclare, de montrer une dislocation du genou *entière* et bien *complète*, à son confrère, M. Desroziers l'aîné, *qui n'en avait non plus vu que lui* ; or, on peut récuser sur cette question le témoignage d'un homme qui n'avait vu que ce seul fait dans sa vie, et ne songeait guères aux difficultés que nous soulevons aujourd'hui. Mais bien plus, il y a dans la narration un mot qui juge contre lui : *La partie intérieure du fémur régnait presque entièrement*. Donc, un peu moins que complètement, *au-dessus de la partie supérieure du tibia* ; et cette autre expression : *la partie intérieure du fémur*, me paraît accuser la luxation du tibia en dehors. Vous aurez lu probablement par erreur, *la partie inférieure du fémur* ; mais dans aucun cas, il ne s'agirait encore d'une luxation complète.

Venons à des faits plus récents. M. Sanson, votre troisième autorité, a vu un cas de luxation en arrière qu'il croit

également complète. Il en avait dit un mot d'abord dans la *Pathologie médico-chirurgicale*, et il l'a répété dans le *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*. « La luxation, dit-il, avait été provoquée par une chute qu'avait faite le sujet, femme d'âge et d'un énorme embonpoint, sur le bord d'un escalier qu'elle s'apprêtait à descendre. Il ne s'est développé qu'un gonflement assez fort qui a disparu au bout de quinze jours ; la malade a commencé à marcher avec des béquilles au bout de six semaines, et trois mois après elle marchait sans bâton. »

Si l'on veut bien se rappeler que le diagnostic différentiel des luxations complètes et incomplètes en arrière n'est posé nulle part, et que, dans le cas qui précède, l'énorme embonpoint de la malade était un obstacle que sauront apprécier tous ceux qui traitent des luxations, on arrivera déjà à cette conséquence que la constatation du déplacement à l'état complet n'a pu être faite avec une grande rigueur. Mais les circonstances suivantes, exposées par M. Sanson à l'Académie de Médecine (14 avril 1835), montreront le peu d'appui qu'apporte cette observation à la doctrine des luxations complètes.

« Je conviens volontiers, a dit M. Sanson, que ce fait n'est pas rapporté dans mon ouvrage avec assez de détails. Cela tient à ce que j'étais jeune et peu avancé dans mes études médicales quand je l'ai observé ; aussi n'en avais-je pas bien saisi tous les détails, et plus tard je n'osais pas m'en fier à ma mémoire. Voici cependant des circonstances que je me rappelle fort exactement. C'était une vieille femme de plus de 60 ans, d'une énorme corpulence, qui était tombée le genou en avant, dans un escalier. Appelé avec un de mes amis, élève comme moi, nous trouvâmes la peau du genou excessivement tendue, et permettant de sentir très-facilement toute la surface articulaire du fémur : la jambe était repoussée en arrière et un peu dans la rotation en dehors. La rotule était déviée comme dans le cas de M. Larrey ; la jambe était d'ail-

leurs très-mobile. Ce qui me persuada en outre que la luxation était complète, c'est qu'il y avait un raccourcissement du membre. »

Vous comprenez, Monsieur, que les vagues souvenirs d'un élève ne sauraient décider une question si grave. A prendre même la description que je viens de transcrire, il n'y a pas un seul signe qui démontre la luxation complète : nous avons vu ce qu'il faut penser du raccourcissement ; et la luxation de la rotule, et la rotation de la jambe, bien que je n'y attache pas une signification aussi absolue que M. Larrey, indiqueraient cependant plus volontiers une luxation incomplète d'un seul condyle. Cette présomption acquiert peut-être plus de valeur d'une dernière circonstance consignée dans un rapport académique que M. Sanson a signé comme commissaire. Dans ce cas, est-il dit, *la jambe était fléchie et l'extension impossible*. Or, ce symptôme paraît absolument étranger aux luxations en arrière.

Après M. Sanson apparaît un nom plus imposant encore, Sir A. Cooper. Mais il ne semble pas avoir vu par lui-même la lésion qui nous occupe, et le seul cas qu'il en rapporte, il avait dû le demander au docteur Walshman, qui probablement l'écrivit aussi de mémoire, car le fait remonte à 1794. Quoi qu'il en soit, je traduis exactement les symptômes.

« M. Luland, demeurant à Newington-Butts, homme très-robuste et musculeux, se luxa l'épaule et le genou à-la-fois, le 4 janvier 1794. L'accident arriva de la manière suivante : il avait gelé fortement, et la terre était glissante : lui étant dans sa voiture, son cheval s'abattit. M. Luland fut jeté sous la barre de devant de la voiture, et se luxa le tibia en arrière, tandis que son épaule ayant heurté la selle, l'humérus se luxa dans l'aisselle. La tête du tibia était complètement luxée en arrière, se portant derrière les condyles du fémur dans le jarret. La connexion tendineuse de la rotule au muscle droit était rompue ; le condyle externe du fémur était très-saillant. La jambe était fléchie en avant et raccourcie ; il y avait une dépression immédiatement au-dessus de la rotule. Le malade ressentait des douleurs intolérables quand on re-

muait le membre ; elles étaient peu considérables dans le repos. » La réduction fut opérée sans difficulté, et au bout de cinq mois le malade se servait de cette jambe comme de l'autre.

Otez ici, comme dans les faits précédents, l'assertion de Walshman, et dites si ce sont là les caractères d'une luxation complète ; si même, à la comparaison des deux observations, il ne vous semble pas que le déplacement était plus considérable dans la mienne. Il y a à la vérité dans celle de Walshman un élément de plus qui semble indiquer une violence extérieure bien plus énergique ; je veux parler de cette rupture du tendon des extenseurs de la jambe. Mais la nature et le siége de cette lésion font preuve que loin d'avoir suivi le déplacement elle l'a précédé au contraire. J'ai fait voir en effet, par des expériences directes, que la rupture des tendons est produite presque toujours par la contraction musculaire, tandis que le tiraillement des muscles les rompt eux-mêmes dans la continuité de leurs fibres. En conséquence, l'énergique contraction du triceps et du droit antérieur s'était opposée d'abord à tout déplacement de la jambe, et ce n'est qu'après avoir vaincu cette première résistance que la violence extérieure a pu agir sur l'articulation.

A ce propos, je ferai remarquer combien les vues anatomiques des anciens et de beaucoup de modernes étaient erronées, lorsqu'ils indiquaient la rotule comme le plus grand obstacle aux luxations du tibia en avant. Nous aurons occasion de voir que cet obstacle est presque nul, et n'ajoute que bien peu de chose à la résistance des ligamens et de la capsule ; tandis que, pour la luxation en arrière, l'appareil rotulien s'oppose presque invinciblement à ce qu'elle se complète, soit en résistant et retenant le tibia en avant, soit en se rompant et épuisant par là une grande partie de la force luxante. Le poplité et les jumeaux, bien moins puissants d'ailleurs, sont aussi moins favorablement situés pour empêcher la luxation en avant. Mais continuons notre revue critique.

J'éprouverais quelque embarras à discuter l'observation

qui vous est propre, si vous ne témoigniez vous-même combien vous avez hésité à porter votre diagnostic. « Toute la jambe, dites-vous, le jarret et le pourtour du genou, étaient le siége d'un si vaste épanchement de sang, que nous ne pûmes ni l'un ni l'autre (MM. Moreau et Marjolin avaient vu le malade avant vous), déterminer s'il y avait simplement luxation ou fracture compliquée..... La gangrène finit par s'emparer successivement de tous les orteils, du talon, et de plusieurs autres points isolés du pied et de la jambe. Une inflammation vive, des abcès multipliés, se rencontrèrent dans les régions intermédiaires; une réaction nerveuse inquiétante persista pendant quinze jours. Il se joignit à tout cela des douleurs excessivement aiguës qui durèrent plus de deux mois. Ce n'est qu'au bout de quatre mois que la marche est devenue possible à l'aide de béquilles, et que les souffrances ont fait place à une simple, mais cruelle difformité. »

Vous n'en dites pas davantage; ensorte que la nature réelle de la lésion paraît être demeurée un mystère pour vous-même; je ne me flatterai pas de le percer.

Enfin j'arrive au fait le plus circonstancié que nous possédions, celui de M. Blanchard, offrant, selon vous, l'exemple d'une luxation des plus complètes, et qui a été jugé ainsi par l'Académie.

« Le 30 août 1833, dit ce chirurgien, je fus appelé près de la femme Menu, âgée de 35 ans, brune, de forte constitution, qui venait d'éprouver l'accident que je vais rapporter. Elle poussait une voiture à bras qui était tirée en avant par une autre personne, lorsqu'une diligence, venant en sens inverse, heurta la petite voiture et la fit reculer. La femme se jeta en arrière, et voulant se réfugier dans une maison voisine, son pied se plaça sous un décrottoir en fer assez élevé, contre lequel le tibia vint s'arrêter. La jambe ainsi fixée, l'extrémité inférieure du fémur fut poussée en avant par la voiture à bras qui continuait à reculer, et le tibia se luxa complètement sur le fémur. Je vis la malade une demi-heure après l'accident. Elle s'était beaucoup plainte de douleurs qu'elle rapportait au genou; mais à mon arrivée elle ne sentait plus qu'un engourdissement dans toute la jambe, sur laquelle on remarquait

la trace d'une contusion à la partie antérieure et moyenne. Le genou était très-déformé. A travers la peau distendue, on reconnaissait toutes les inégalités osseuses de l'articulation ; en avant l'extrémité inférieure du fémur, au-dessous de laquelle la rotule, fortement tirée en arrière, offrait son bord supérieur devenu antérieur et saillant ; plus bas, un enfoncement où l'on ne sentait rien ; en arrière, l'extrémité supérieure du tibia occupe le creux du jarret. La jambe était diminuée de longueur, et sa direction oblique d'arrière en avant.

» Je regrette de n'avoir pas examiné l'état de l'artère poplitée, qui, soulevée par le tibia, l'avait peut-être été assez pour s'aplatir sur le bord de la partie supérieure de cet os, et ne plus donner passage au sang.

». A tous les signes que je viens d'énumérer, je devais reconnaître une luxation du tibia en arrière..... »

Assurément à ces signes il est impossible de la méconnaître. Mais M. Blanchard a été plus loin ; il veut qu'elle ait été complète. Pour rendre sa démonstration plus évidente, il a reproduit cette démonstration sur le cadavre, en divisant seulement les ligaments croisés et postérieurs. « J'ai vu alors, dit-il, le ligament rotulien et la rotule se porter horizontalement sur le fémur, les ligaments latéraux décrire un quart de cercle et prendre une direction horizontale d'un point d'insertion à l'autre, et les surfaces articulaires du fémur et du tibia n'avaient pas un seul point de contact, ce qui constitue bien une luxation complète. »

Je dois dire que j'ai essayé de produire des luxations complètes en arrière dans ces conditions, et qu'il m'a été impossible d'y parvenir. L'habile rapporteur de la commission académique, M. Gimelle, n'a pas été plus heureux que moi ; il a bien déterminé la luxation sans rompre les ligaments rotuliens, et je vais dans un moment en dire la cause ; mais toujours les fibres postérieures du ligament latéral interne ont été en partie déchirées ; une fois le ligament interne rompu, une fois le péroné luxé sur le tibia, quatre fois la portion de la tête du péroné sur laquelle s'insèrent les fibres du ligament latéral externe, a été arraché dans une épaisseur de une à trois lignes. Mais ce n'est pas cela qui nous importe pour le présent.

Ce qui importe, ce qui fait la question essentielle, c'est de savoir si les symptômes notés par M. Blanchard sont bien en rapport avec ceux que produirait un déplacement complet du tibia. Appliquons d'abord la description générale que vous en avez donnée.

« La luxation en arrière est caractérisée par la saillie anormale du condyle du fémur en avant, par l'abaissement de la rotule dont la face antérieure regarde en bas, et au-dessous de laquelle se voit une échancrure manifeste : par la présence des condyles du tibia dans le haut du jarret, et par l'espèce de rétrécissement que présente la région postérieure de la cuisse immédiatement au-dessus. Vue en arrière, la jambe n'a rien perdu de sa longueur. Par sa face antérieure, elle paraît beaucoup plus courte. »

Jusqu'à présent tout cela s'applique autant à la luxation incomplète qu'à l'autre. En effet, la face antérieure de la rotule était fortement inclinée en bas chez le sujet de mon observation, et comme le jarret se mesure surtout d'après ses rapports avec le genou, le genou étant abaissé, les condyles du tibia semblent avoir remonté dans le jarret sans qu'il y ait ascension réelle de l'os. Je continue :

« La cuisse offre une disposition inverse ; le ligament rotulien qui, dans la luxation en avant, s'applique sur le bord antérieur de la tête du tibia, est ici tendu comme une corde sous l'extrémité du fémur, dont on peut sentir l'échancrure articulaire antérieure. »

Je crains, Monsieur, que cette tension du ligament rotulien ne soit pas suffisamment démontrée. Elle n'existait ni dans le fait de Lassus, ni dans le mien ; à la vérité, il s'agissait là de luxations anciennes. Mais je ne la trouve notée dans aucun cas, hors celui de De la Motte que je regarde comme une luxation incomplète en dehors. Bien plus, on peut déjà inférer de ce passage de M. Blanchard : « sous la rotule, *un enfoncement où l'on ne sentait rien* », que cette tension n'existait point chez sa malade ; mais il le confirme expressément lui-

même un peu plus loin, en critiquant la symptomatologie de Boyer. « Suivant lui, dit-il, on peut sentir le ligament rotulien alongé et tendu dans l'enfoncement qui existe au-dessous du fémur, et ici on ne le sentait pas. »

Il convient donc de rayer ce prétendu symptôme, d'abord comme n'ayant pas été observé jusqu'ici ; ensuite comme ne pouvant pas l'être. Cette dernière assertion est hardie, mais vous la jugerez peut-être assez fondée par les considérations suivantes.

Premièrement, lors même que les fibres les plus profondes de ce ligament seraient tendues, toutes les autres, c'est-à-dire, les trois quarts de son épaisseur environ, seraient encore relâchées, puisque leurs points d'attache sont rapprochés par l'inclinaison en avant du tibia. Je rendrais ce fait patent à tous les esprits, par une démonstration plus étendue ; mais comme ce n'est là qu'une fort mince raison, je la néglige et je passe outre. Secondement, c'est que dans tous ces déplacements complets ou non, les fibres ligamenteuses réellement tendues sont celles qui vont des bords de la rotule à deux tubérosités du tibia, négligées par les anatomistes, qui forment les angles supérieurs du triangle dont l'attache du ligament rotulien forme l'angle inférieur. Mais ma principale raison, monsieur, c'est que quand même ces portions capsulaires seraient déchirées, dans la luxation la plus complète du tibia en arrière, la rotule et son ligament et ses muscles sont moins tiraillés que dans la flexion naturelle de la jambe sur la cuisse. Prenez une articulation fraîche ; détruisez les ligaments latéraux, croisés, et postérieurs, puis fléchissez la jambe au plus haut degré, et fixez soigneusement la rotule dans la place qu'alors elle occupe. Voilà qui est bien. Maintenant renversez la jambe en avant, sans que la rotule ait bougé de sa place : vous obtiendrez un écartement si complet des deux os, qu'il y aura de quatre à six lignes de distance entre le bord antérieur des cavités tibiales, et le point le plus postérieur des condyles du fémur. La rotule peut donc être ramenée de quatre à six lignes plus en avant que dans la flexion forcée, et

la luxation complète être encore possible ; d'où il suit que l'appareil rotulien nè subira jamais dans ce cas de tiraillement. Et si vous voulez bien vous remettre en mémoire les résultats que j'ai obtenus de mes vivisections, vous conclurez avec moi que jamais les muscles rotuliens ne seront déchirés dans leur corps charnu, par une luxation tibiale, puisque cette rupture exige pour condition essentielle un alongement poussé au-delà de toutes limites. Revenons aux symptômes.

« Refoulés en arrière, les nerfs et vaisseaux poplités sont aplatis sur l'échancrure inter-condylienne postérieure du tibia. »

Cela est possible, mais rien encore ne le prouve.

« Le bas de la jambe est plus facile à porter en avant qu'en arrière, et le raccourcissement est généralement moindre que dans le cas précédent », c'est-à-dire, que dans la luxation en avant.

Voici enfin un signe qui semble propre à la luxation complète ; en effet, sur le cadavre, le déplacement incomplet du tibia le laisse au même niveau, et nous avons vu que les sujets ne boîtaient pas ; mais si on luxe complètement les os, le tibia doit remonter au moins de quatre lignes, et le chevauchement peut aller à plus d'un pouce. A ce compte, M. Blanchard ayant noté une diminution de longueur de la jambe, la question paraît jugée en sa faveur.

Mais vous le savez, Monsieur, il y a loin en cette matière de ce que le scalpel met sous les yeux et ce qu'on peut deviner pendant la vie. Tous le monde convient, par exemple, que la tête humérale sous l'apophyse coracoïde se trouve à un niveau bien inférieur à sa position normale ; on ne sait pas moins bien que la mensuration sur le vivant ne donne qu'une petite partie de la différence, et vous avez même cité des faits, dans ces derniers temps, dont vous avez conclu que cette différence disparaissait toute entière, bien plus, que le bras était raccourci. Or, dans cette question, vous étiez averti des difficultés, vous aviez des points de ralliement sûrs et constants pour la mensuration ; et il n'y avait pas, comme à la jambe, un raccourcissement apparent à l'œil en avant, et pouvant

induire en erreur le praticien non averti de tant de difficultés. M. Blanchard dit que la jambe était raccourcie, mais de combien? mais comment s'en est-il assuré? S'il a examiné tout le membre, qui ne sait combien l'élévation du bassin peut en imposer pour un raccourcissement réel? S'il s'est borné à la jambe, il est à présent bien établi qu'elle offre en avant un raccourcissement apparent qui n'existe pas en arrière, et qui se rencontre dans la luxation incomplète. Peut-être à l'avenir pourra-t-on tirer parti de la mensuration entre les tubérosités du fémur et le sommet des malléoles; encore j'ai bien peur que cette ressource ne soit d'un faible secours, par la difficulté d'arrêter le fil à une saillie qui soit exactement la même sur un fémur et sur l'autre, et encore parce que l'inclinaison de la jambe luxée en devant devra raccourcir un peu l'espace compris entre les deux points extrêmes, et faire croire quelquefois à un raccourcissement imaginaire. Je n'ajoute donc guères plus d'importance à l'affirmation de M. Blanchard sur ce point, qu'à celle de Lassus; tous deux ont décrit ce qui les a frappés, et l'un a pu être induit en erreur comme l'autre.

Mais en définitive, à quels signes donc sera-t-il permis de reconnaître une luxation complète du tibia en arrière? Il y en a plusieurs. Déjà, si les téguments et les chairs permettaient de sentir les condyles tibiaux en arrière à un niveau évidemment supérieur à celui des condyles fémoraux, il n'y aurait pas d'objection possible; mais je doute que cette assurance soit facile à acquérir. Un signe non moins positif se tirera de l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur. Nous avons vu que l'épaisseur totale des deux os réunis donnerait environ cinq pouces; mais cette épaisseur n'est si grande qu'en certains points fort restreints; de plus, le fémur luxé en avant sur le tibia ne dépasse point la tubérosité rotulienne de cet os, et peut s'appuyer sur toute la portion de sa face supérieure qui déborde ses cavités en avant, et qui n'est point articulaire. Voici, en définitive, ce qu'indique l'expérience directe. Tirez une ligne transversale de la saillie antérieure du condyle fémo-

ral externe au niveau de la saillie de la tête du péroné en arrière, et ce sont là des points faciles à déterminer ; et sur un adulte bien développé, dans la luxation complète, vous obtiendrez au moins de quatre pouces 2 lignes à 4 pouces 4 lignes ; en ajoutant l'épaisseur des téguments, même sans tuméfaction, on peut donc poser comme terme moyen quatre pouces et demi. Dans l'état normal, cette distance va environ à trois pouces ; à trois pouces trois-quarts dans la luxation incomplète ; en sorte que deux ou trois lignes en plus ou en moins n'introduiraient pas encore de confusion. On peut même établir assez bien, en règle générale, que la luxation complète devra augmenter de moitié l'espace existant entre ces deux points dans l'état normal.

Du côté interne, j'ai trouvé la distance du rebord antérieur du condyle interne à la saillie postérieure de la cavité interne du tibia, prise avec un compas d'épaisseur, seulement deux pouces et demi dans l'état normal ; trois pouces trois lignes environ dans la luxation incomplète, quatre pouces environ dans la luxation complète. Les proportions sont les mêmes que de l'autre côté ; seulement il y a pour tous les chiffres six lignes de moins, à raison de la présence du péroné au côté externe.

J'insiste sur un point de grande importance pour ne pas commettre d'erreur ; c'est qu'il ne faudra pas confondre la saillie de la rotule, essentiellement mobile et variable, avec les saillies fixes des condyles du fémur.

Mais la rotule elle-même peut nous fournir un indice aussi puissant, pourvu qu'avant la luxation son ligament ait gardé sa longueur normale. Dans mon observation, sa face antérieure regardait en bas, mais aussi en avant, formant à-peu-près un angle de 45° avec l'axe de la jambe. Dans la luxation complète imitée sur le cadavre, la jambe étendue et même un peu portée en devant, cette face antérieure de la rotule regarde directement ou presque directement en bas. Ce signe si simple et si aisé à retenir et à appliquer, me paraît tellement sûr, qu'avec lui

seul je n'hésiterais pas à diagnostiquer une luxation complète du tibia en arrière. Bien entendu encore ici qu'il faut mettre la jambe dans la position que j'ai dit ; car si on la fléchit, toute la valeur de ce signe disparaît ; même sur une articulation intacte, on peut, par la flexion extrême de la jambe, amener la face antérieure de la rotule à regarder en bas et même un peu en arrière,

Si nous appliquons maintenant ces données à l'observation de M. Blanchard, nous voyons qu'il n'a pu indiquer les principaux élémens du diagnostic différentiel, puisqu'alors on ne les connaissait pas. Le seul symptôme propre à attirer notre attention est celui-ci : *au-dessous de l'extrémité inférieure du fémur, la rotule, fortement tirée en arrière, offrait son bord supérieur devenu antérieur et saillant ;* et malgré le vague de la description, j'aurais été tenté d'y reconnaître mon signe pathognomonique, ne fût-ce que par cette vanité d'auteur qui serait bien aise de donner à son invention une application pratique ; mais j'ai été retenu par la phrase suivante : *plus bas un enfoncement où l'on ne sentait rien.* En effet, si la rotule avait regardé directement en bas par sa face antérieure, cet enfoncement n'aurait pas été *plus bas*, mais bien *plus en arrière*. En conséquence, je n'oserais admettre l'observation de M. Blanchard pour une luxation complète, pas plus que les précédentes. Veuillez observer, Monsieur, que je ne prétends pas dire que toutes aient été des luxations incomplètes, mais seulement que la manière dont elles sont exposées ne permet de rien affirmer de précis sur leur nature ; en un mot, je regarde les luxations complètes comme très-possibles ; mais je nie qu'on en ait produit jusqu'à présent un exemple concluant et sans réplique.

A la vérité, je n'ai analysé jusqu'à présent que six faits, et vous en avez annoncé huit. Mais le septième que vous citez d'après M. J. Cloquet, est une luxation en avant, et c'est par une erreur de rédaction que vous en avez fait une en arrière. Quant au huitième, je ne sais pas où le prendre, à moins que

vous n'ayez aussi classé sous ce titre l'observation de M. Lavalette, que vous n'aviez pas pu retrouver. J'ai été assez heureux pour la retrouver, et je la rapporterai plus tard ; mais c'est encore un déplacement en devant.

Vos huit faits se trouvent donc réduits à six ; et en ôtant le vôtre dont la nature est restée incertaine, même pour vous, puis celui de De la Motte, qui ne me paraît être ni une luxation complète ni une luxation en arrière, et enfin celui de M. Sanson, il n'en reste en réalité que trois. J'y en ai déjà ajouté deux autres ; et comme la science est si pauvre à cet égard, que la moindre observation devient précieuse, vous lirez sans doute avec intérêt les deux suivantes qui vous avaient échappé.

La première, la plus ancienne probablement qui ait été publiée, se trouve dans les *Eight chirurgical treatises* de Wiseman, chirurgien de Charles II, et le Paré de l'Angleterre.

«Un gentleman, âgé d'environ trente ans, chevauchant sur la route à quelques milles de Londres, fut heurté par une voiture et renversé dans un fossé avec son cheval. On le rapporta à Londres tout estropié et brisé. Ayant été appelé, je le trouvai au lit. La tête du tibia avait passé sous le fémur ; la jambe était dans l'extension forcée, excessivement gonflée : il y avait beaucoup de sang extravasé entre les muscles du mollet.»

Wiseman a bien voulu nous dire auparavant que la luxation était en arrière et complète, sans quoi il eût été difficile de l'imaginer. Je reviendrai ailleurs sur la méthode de réduction employée ; il ne s'agit maintenant que de la nature du déplacement et des symptômes.

L'autre fait a été rapporté par M. Abernethy, dans ses *Leçons orales*, recueillies par la *Lancette anglaise*. Mais l'auteur n'établit pas même la distinction des luxations complètes ou incomplètes, et d'ailleurs l'observation, racontée d'après un long souvenir, n'est pas propre à éclaircir grand chose.

« Je me rappelle, dit le célèbre professeur, quand j'étais tout jeune encore dans la profession, un grand et gros homme qui, allant à cheval dans Leadenhall-Street, vit son cheval s'abattre et fut jeté

par terre. Le tibia alla heurter contre une pierre saillante. C'était un homme d'un poids considérable, comme je l'ai dit; aussi le genou fut luxé dans la chute, et le tibia chassé en arrière dans le jarret. On le rapporta chez lui à moins de cent yards du lieu de l'accident. Il me fit appeler. En vérité c'était une chose curieuse à voir; la rotule et son ligament étant fortement tirés tout ensemble, et une bosse considérable faisant saillie comme une seconde rotule. L'homme était au lit; je fis fixer le genou et le réduisis immédiatement. Je ne dirai pas que ce fut avec une traction légère, il fallut au contraire une forte traction, mais enfin par ce moyen je réussis. Il survint une très-forte inflammation; mais au bout d'environ trois mois, l'individu marchait aussi bien qu'auparavant, et il ne lui restait qu'un léger gonflement autour de l'articulation. »

Cette bosse, simulant une seconde rotule, est un phénomène qu'il sera bon de constater à l'avenir; on n'en saurait d'ailleurs tirer aucune conséquence. Je m'arrête donc où s'arrêtent les faits, et laissant là les luxations en arrière, je vais passer à l'histoire des luxations en avant.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Recherches sur la néphrite ou inflammation des reins; par M. le professeur CHOMEL. (IIe article). (1)

La cause le plus souvent toute mécanique de la néphrite, permet d'expliquer d'une manière satisfaisante les formes diverses sous lesquelles cette maladie se présente.

L'absence ou la présence de graviers dans les urines, au déclin des crises, s'explique par le volume de ces concrétions; s'ils ont le volume d'une lentille, d'un pois, d'un haricot, ils finissent ordinairement par être expulsés; s'ils ont un volume considérable, une forme rameuse, s'ils jettent des racines dans plusieurs calices, leur expulsion est impossible. La présence ou l'absence du sang dans l'urine dépend de leur forme lisse ou anguleuse et du déchirement que leurs aspérités produisent dans le bassinet ou l'urètre. L'urine doit être diminuée quand le calcul bouche complétement l'uretère, augmentée quand, par l'irrégularité de sa forme, il irrite le conduit sans le boucher. Quant à la

(1) Voir le 1er article, no. de janvier, pag. 5.

suppression complète de l'urine observée quelquefois, elle a été attribuée tantôt à l'existence d'une néphrite double, tantôt au retentissement sympathique transmis par le rein qui est enflammé, au rein qui ne l'est pas. Mais d'abord il doit être fort rare que les deux reins soient pris simultanément d'une *phlegmasie avec suppression d'urine*, ce qui équivaut à-peu-près à *une phlegmasie avec occlusion complète des conduits excréteurs;* et il n'est pas plus démontré que la sécrétion urinaire soit supprimée complètement par l'influence sympathique. Nous avons vu une fois la néphrite accompagnée à plusieurs reprise de suppression complète d'urine; mais dans l'observation suivante recueillie par M. Ménière, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, des conditions anatomiques toutes particulières ont, comme on va le voir, clairement expliqué cette suppression, qui, dans le petit nombre des cas où elle a été observée, reconnaissait peut-être une cause analogue.

Obs. — Alexandrine Petit, âgée de 19 ans, demeurant à Paris depuis cinq mois, petite, mais fortement constituée, d'une bonne santé habituelle, assez bien réglée, eut à l'âge de 18 ans une pneumonie aiguë à droite qui fut promptement guérie. Elle a fourni les renseignements suivants : depuis deux ans environ, elle s'est aperçue que son urine se teignait quelquefois en rouge, et surtout vers l'époque de ses règles. En avril 1834, elle ressentit pour la première fois de violentes *coliques* qui furent accompagnées d'impossibilité d'uriner pendant dix à douze heures. Le 28 juin suivant, elle éprouva tout-à-coup des douleurs vives dans le flanc droit, sans frisson ni fièvre, mais avec nausées et vomissements bilieux : anorexie pendant trois jours; suspension de l'excrétion urinaire pendant 24 heures; saignée du bras, bains, etc. Elle entra à l'hôpital Cochin, et au bout de huit jours elle en sortit guérie. Elle avait repris son travail de domestique, lorsque, dans la nuit du 12 au 13 juillet, la douleur du flanc droit reparut subitement. Elle urina néanmoins quatre heures après. Les accidents augmentant, elle entra à l'Hôtel-Dieu le 13 au soir. Pouls 104; peau chaude, agitation, nausées et vomissement aqueux dans la nuit; vive douleur à la pression dans le flanc droit dont les muscles sont contractés. — Le 14 au matin, pouls, 72; langue belle, anorexie, insomnie, pas de douleur de tête, nulle autre douleur

que celle du flanc droit. (Bain, lavements, cataplasmes, décoction de graine de lin édulc.) Le soir, la malade est beaucoup plus souffrante, la douleur gagne l'épigastre; toute la moitié droite du ventre est sensible à la moindre pression. Il y a des gémissements continuels, des vomituritions fréquentes. Nuit fort agitée et sans sommeil; la malade n'avait pas uriné depuis 48 heures. Le 15 au matin, augmentation de tous les accidents. Une sonde introduite dans la vessie n'amena pas même une goutte d'urine. (Saignée du bras, un grain d'opium, bain, catapl.). Elle urine un peu dans la soirée, et s'endort dans l'après-midi. Le soir, un peu de calme; pendant la nuit, insomnie, pas d'urines. — Le 16, pouls 95; ventre très-tendu, partout douloureux à la moindre pression; soif vive, anorexie. (Saignée de bras). Le sang de la première était fort couenneux. (Deux bains, catapl.) Elle a uriné dans chaque bain, et se trouve un peu soulagée le soir. Le sang est encore couenneux. — Le 17, même tension du ventre. Dans la soirée, une cuillerée d'urine est rejetée dans un bassin : ce liquide dépose une matière brune et floconeuse. — Le 18, les mains sont froides et moites; hoquets fréquents et nausées; constipation opiniâtre. (3e saignée de bras, toujours couenneuse.). Dans la nuit du 19 au 20, à quatre heures du matin, elle éprouve du soulagement, et bientôt, le besoin d'uriner se faisant sentir, elle remplit deux grands bassins dans le court espace de deux ou trois heures. La quantité d'urine est évaluée à quatre litres; elle est claire, presque incolore, et ne dépose rien au fond du vase. Le ventre est devenu souple, et on peut le toucher partout sans causer de douleur. Soif vive; la malade boit beaucoup de tisane simple et un peu de lait. Le soir et pendant la nuit suivante, plusieurs selles liquides. — Le 21, son visage est riant, elle se peigne, s'arrange, paraît dans son état naturel; pouls 66; ventre souple et indolent. — Le 22, la diarrhée continue; le soir, quelques vomissemens bilieux la fatiguent, elle dort peu; et le lendemain 23, les mêmes accidents persistent, mais semblent diminuer un peu. Le 24 et le 25 on donne de légers aliments qu'elle prend avec plaisir. La diarrhée cesse, tout va bien jusqu'au 27 à quatre heures du matin. Alors elle est reprise tout-à-coup d'une grande douleur dans le flanc droit; l'urine se supprime de nouveau; la malade pousse des gémissements, s'agite en tous sens. Le visage est pâle, couvert d'une sueur froide; le pouls petit et à 115. (Saignée, deux bains dans la journée, larges cataplasmes sur le flanc droit. — Le 28, les mêmes accidents persistent. (Nouvelle saignée du bras). La malade s'affaisse, ne dort pas, et ne rejette pas une

goutte d'urine. Le 29 et le 30, mêmes symptômes.—Le 31 au soir, elle urine un peu dans son bain. Vomissements bilieux persistants. Le 1er août, la douleur du flanc droit est très-aiguë. (On applique 30 sangsues sur le point malade.) Mais l'affaissement général augmente de jour en jour, l'excrétion de l'urine est nulle, et la malade expire le 6 août à trois heures après-midi.

Nécropsie, le 7 août. — La tête n'a pas été ouverte. — Tous les organes contenus dans le thorax sont sains.—Dans l'abdomen, l'estomac est plein de liquide coloré en vert clair. La membrane muqueuse gastro-intestinale paraît dans son état normal, excepté celle du rectum qui est rosée et couverte de mucus épais et visqueux. Il y a, dans le flanc droit une tumeur du volume des deux poings, à laquelle le duodénum adhère en devant et en haut. Cette tumeur est formée par le rein qui a au moins le double du volume ordinaire. Il a sa forme et sa position normales. En l'ouvrant avec précaution sur son bord externe, on voit que la substance corticale n'est point amincie. Les calices sont grands, dilatés, et le plus élevé de tous contient un calcul noir, à plusieurs branches; il y en a de plus petits dans les autres calices, et un détritus dans les calices inférieurs. La membrane muqueuse qui tapisse ces cavités, ainsi que le bassinet, est saine, aussi bien que la substance même de l'organe.

L'une des branches du calcul étoilé pouvait s'adapter exactement à l'orifice de l'uretère dans le bassinet, et nous avons pensé que l'interruption du cours de l'urine avait été dû à cette cause. Toutefois quelques personnes ont pensé que cette interruption pouvait tenir à une disposition que voici : l'uretère s'ouvrait dans le bassinet de la même manière que ce conduit le fait dans la vessie, c'est-à-dire, en bec de flûte, de telle sorte que l'urine distendant le bassinet n'aurait pas pu pénétrer dans l'uretère de la même manière qu'elle ne peut refluer de la vessie dans ce canal quand le réservoir est plein. Mais d'après cette explication, on ne comprend pas comment l'accumulation de l'urine aurait commencé, ni comment elle aurait alternativement cessé et reparu.

En examinant le flanc gauche on y a trouvé une tumeur irrégulière du volume d'un petit œuf de pigeon, formée par un tissu cellulo-graisseux, et dans lequel on n'a pu reconnaître aucun des caractères anatomiques du rein. L'artère rénale était fort petite, et la capsule surrénale n'a pu être retrouvée bien distinctement. Un tractus celluleux se perdant au-devant du psoas, a semblé indiquer les rudiments de l'uretère gauche.

La vessie était saine, de même que le foie, la rate et tout l'appareil génital.

Le diagnostic de l'inflammation du rein offre dans quelques cas de grandes difficultés. Dans sa forme aiguë, la néphrite offre quelque ressemblance avec plusieurs autres affections abdominales, telles que la péritonite partielle, l'inflammation de l'estomac et des intestins, certaines coliques nerveuses, un rhumatisme très-aigu des muscles carré des lombes, psoas et iliaques. L'invasion presque toujours soudaine des douleurs, leur extrême intensité dès le début; leur siége spécial dans la région du rein, du bassinet ou de l'uretère, leur progression ou leur extension du rein jusqu'à la vessie, L'engourdissement de la cuisse correspondante, la sensibilité à la pression dans la région rénale exclusivement, chez l'homme, la rétraction douloureuse du testicule. les cris que la violence de la douleur arrache au malade, les mouvemens désordonnés auxquels il est, par intervalles, entraîné irrésistiblement; la facilité qu'il conserve ordinairement de fléchir et de redresser le tronc sans beaucoup augmenter les douleurs, les nausées, les vomissemens qui surviennent surtout pendant l'exacerbation des douleurs, la marche irrégulière de celles-ci, qui brusquement se modèrent ou s'accroissent, cessent tout-à-fait ou reparaissent avec une intensité qui les rend presque intolérables; une altération très-notable dans la secrétion de l'urine, sa suppression par exemple, ou son mélange avec du sang ou des graviers, tels sont les signes les plus propres à fixer le jugement du médecin, et dont la réunion ne laisse aucun doute sur le siége et la nature de la maladie. Si les accidens se reproduisent pour la seconde, pour la troisième fois; si, sans avoir eu de néphrite, le malade a déjà rendu en urinant du sang ou des graviers, le médecin trouve dans ces faits antécédents de nouveaux signes qui l'éclairent, et peuvent fixer son opinion dès le début même de la nouvelle affection. Mais dans bien des cas, le mal ne se montre pas escorté de tous ces symptômes, et le diagnostic offre des difficultés telles, que pour ne point hazarder son jugement, le médecin doit le suspendre,

non pas seulement dans le début et dans les premiers jours, mais quelquefois même après la terminaison de la maladie. Dans le cas, par exemple, où, après avoir observé les signes rationnels d'une néphrite, et particulièrement la progression d'une douleur très-vive depuis le rein jusqu'à la vessie, dans la direction de l'uretère, ses accidens cessent complétement sans qu'on ait reconnu de corps étranger dans l'urine, sans que celle-ci ait présenté de sang, il est souvent bien difficile de déterminer s'il y a eu inflammation des reins ou rhumatisme des muscles lombaire et psoas. Si on lit avec attention l'histoire de la maladie de Boërhaave, rapportée par Van-Swieten, on trouvera dans l'invasion soudaine de la douleur, dans les nausées qui l'accompagnèrent, dans le ténesme vésical qui s'y joignit, etc., bien des motifs pour regarder comme fort douteuse l'opinion à laquelle il s'arrêta, qu'il n'avait eu qu'un lumbago.

L'urine pouvant fournir dans la néphrite les signes les plus propres à établir le diagnostic, on ne saurait apporter une attention trop grande à l'examen de ce liquide. Il ne suffit pas au médecin de recommander aux personnes qui entourent le malade, de conserver dans un vase la totalité de l'urine, et de se faire présenter chaque jour ce mélange de toutes les urines excrétées en vingt-quatre heures. Il faut exiger que l'urine soit chaque fois rendue dans un vase particulier ; qu'elle soit examinée à l'instant même, et avant qu'elle n'ait pu se troubler par le refroidissement : que si quelques petits corps se précipitent au fond, ils en soient immédiatement séparés, et conservés dans l'eau jusqu'à l'arrivée du médecin, qui jugera par leur consistance et leur aspect, de l'importance qu'ils peuvent avoir. Il se fera présenter chacun des vases conservés, et si une seule fois dans le jour, l'urine est sortie mêlée de sang ou de pus, il sera moins difficile d'y reconnaître la présence de ces liquides. Il est bien vraisemblable qu'à l'aide d'une observation aussi attentive, soutenue san interruption pendant tout le cours de l'inflammation ai-

gué, on parviendra à fixer son opinion sur le caractère d'une maladie dans laquelle on n'est quelquefois obligé de rester dans le doute que parce qu'on a négligé quelques moyens de s'éclairer.

Il est également de la plus haute importance dans les cas où quelques circonstances peuvent faire soupçonner une néphrite, de porter une attention toute particulière sur les produits de quelques autres excrétions, Ainsi, l'odeur urineuse de la transpiration cutanée peut devenir un signe de quelque valeur, dans le cas d'occlusion complète d'un des uretères, ou d'inflammation simultanée des deux reins : l'odeur urineuse du pus qui s'échappe d'un trajet fistuleux, éclaire sur l'origine de ce liquide : dans des cas semblables à celui de Fanton, où le pus était versé dans le colon et excrété par l'anus, et à celui de Dehaen, où le poumon gauche ne formait avec le rein qu'un vaste sac, un examen plus exact du pus, tant par l'odorat que par les réactifs chimiques, conduirait très-probablement à en découvrir l'origine. Je dis très-probablement, parce qu'il ne serait pas impossible que l'altération du rein fut portée à un degré tel, que le liquide qu'il secrète ne contînt plus aucun des principes caractéristiques de l'urine.

Le diagnostic de la néphrite chronique offre aussi dans certains cas beaucoup de difficultés, et spécialement dans ceux où la cause qui a donné lieu à l'inflammation, a produit en même temps l'occlusion complète de l'uretère. Dans une des observations citées précédemment, on crut à un abcès du foie, et l'on agita même la question d'en faire l'ouverture. La néphrite peut encore être confondue avec une maladie de la rate, du pancréas même, avec une carie des vertèbres, un rhumatisme chronique, une tumeur enkystée, et chez la femme, avec une maladie de l'ovaire.

Le siége de la douleur, une tuméfaction plus ou moins apparente, et la sensation d'un poids dans la région rénale, que le malade n'éprouverait, selon Galien, que quand il se

tient couché sur le ventre, les vomissements, l'engourdissement du flanc et de la cuisse correspondante, et même chez l'homme, la rétraction douloureuse, et plus tard l'atrophie du testicule, ne sont pas des signes assez certains pour fixer solidement le diagnostic, dans les cas où l'examen de l'urine ne le confirme pas. Si la présence du pus ou du sang dans l'urine fait soupçonner une lésion du rein, il faut ne pas oublier qu'une ulcération ou un cancer de la vessie, la présence d'un calcul dans ce viscère, un abcès ouvert dans sa cavité, un engorgement de la prostate, peuvent aussi donner lieu à ces symptômes : aussi, avant de porter un jugement, faut-il s'enquérir exactement de toutes les circonstances passées, explorer l'urètre et la vessie dans les deux sexes, la prostate chez l'homme, non-seulement par l'introduction d'une sonde, mais aussi en portant profondément un doigt dans le rectum ou dans le vagin. Quelques auteurs ont avancé que l'aspect particulier du pus rendu avec l'urine, pouvait éclairer sur son origine; ils ont dit que celui qui provient des reins est plus intimement mêlé à l'urine; que le pus de la vessie s'en sépare plus promptement par le repos : mais ces signes, insuffisans quand ils sont seuls, sont de peu de valeur quand il en existe d'autres plus importants.

Prognostic. La néphrite, quels que soient sa forme et même son degré d'intensité, est toujours une maladie sérieuse. Le cas le moins grave est celui où l'inflammation reconnaît pour cause une violence extérieure, et où elle n'a que peu d'intensité. Mais lorsqu'elle est survenue sans cause apparente et qu'elle est due à la présence d'un calcul dans le bassinet ou l'uretère, la maladie, même quand elle ne menace pas actuellement l'existence du sujet, est de nature à inspirer la crainte que le mal ne se reproduise sous des formes analogues plus ou moins souvent, qu'il n'entraîne peu-à-peu la suppuration du rein, et définitivement la mort du malade. Quand la maladie est passée à l'état chronique, que le rein est actuellement en suppuration, qu'il existe une fièvre hectique,

la mort est le terme presque constant de la maladie. Toutefois les auteurs rapportent quelques exemples d'individus qui ont survécu à cet ensemble de symptômes allarmants ; nous avons vu, même récemment, avec nos honorables amis les docteurs Louis et J. Cloquet, un malade qui, après avoir été réduit au dernier degré du marasme par une suppuration rénale avec fièvre hectique dont la durée fut au moins de trois mois, a fini par recouvrer l'apparence d'une santé presque parfaite.

Forestus (lib. XXIV, obs. 37) a rapporté l'observation d'un prêtre âgé de 45 ans, qui depuis trois mois rendait continuellement une urine mêlée avec du pus et quelquefois avec du sang, et qui par suite de cette affection était réduit à une grande maigreur. A l'aide d'un régime doux dont le lait faisait la base, et sous l'influence de conditions hygiéniques convenables, il recouvra entièrement la santé. A la suite de cette observation, Forestus en rapporte encore deux autres dans lesquelles la suppuration des reins a été traitée avec un égal succès.

Mais un fait bien plus remarquable, et qui ne laisse aucun doute sur la possibilité de la guérison de la néphrite, avec suppuration et destruction du tissu rénal, s'est présenté à la clinique de l'Hôtel-Dieu en 1335.

Observation recueillie par M. Menière, chef de clinique. — Guérison avec atrophie consécutive du rein droit. — Jean Latour, âgé de 71 ans, fabricant de peignes, d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle, fut apporté à l'Hôtel-Dieu le 30 juillet 1835. Trois jours auparavant il avait éprouvé tout-à-coup, en se levant, une vive douleur de tête suivie de perte de connaissance et d'hémiplégie à droite. Il y avait abolition complète du mouvement et du sentiment dans toute la moitié droite du corps. Le malade fut saigné du bras, on fit des scarifications à la nuque ; les membres inférieurs furent couverts de révulsifs ; on donna des lavements purgatifs. La mort arriva le 4 août, sans que l'on ait aucun indice de l'altération pathologique que présenta le rein droit, ni

aucun renseignement sur la succession de symptômes auxquelles cette altération a certainement donné lieu.

A l'ouverture du cadavre, on a constaté un ramollissement blanc du cerveau en dehors et un peu au-dessus du corps strié gauche, ayant quinze lignes de longueur sur huit de hauteur et de largeur, et sans la moindre trace d'épanchement sanguin. Il y avait aussi un œdème sous-arachnoïdien très-considérable.

Le cœur avait presque le double de son volume habituel, et le ventricule gauche formait à lui seul les trois-quarts de sa masse totale. Il y avait hypertrophie concentrique, et la cavité était très-petite. Il y avait aussi des plaques osseuses dans l'aorte. Mais l'altération importante sous le point de vue qui nous occupe, était celle des reins.

Le rein gauche a le double de son volume normal; il est rouge, consistant, et parfaitement sain dans toutes ses parties. A la place du rein droit, on trouve une masse irrégulière qui, disséquée avec soin, offre une sorte de sac membraneux, ayant à-peu-près le volume d'un œuf de pigeon, formé par les calices, le bassinet et l'uretère, et contenant environ une demi-once d'un liquide clair. On ne retrouve autour de ces sacs membraneux aucune trace des substances corticales et mamelonnées. Un tissu cellulaire abondant, jaune, et mêlé de flocons graisseux, unit ces parties. La capsule surrénale est très-distincte et dans son état naturel. A deux pouces du bassinet, l'uretère, qui a le triple de son diamètre ordinaire, est fermé par un calcul ovalaire, noir, dur, et qui l'oblitère entièrement. Au-dessous de l'obstacle, l'uretère est petit, mais libre encore, et il s'ouvre comme de coutume dans la vessie. Ce dernier organe est parfaitement sain.

Ce fait, avons-nous dit, ne laisse aucun doute sur la guérison d'une néphrite calculeuse avec suppuration et destruction du tissu rénal, et il nous sera facile de le prouver. En effet, la présence d'un calcul dans l'uretère, la dilatation de ce conduit au-dessus du calcul, et son étroitesse au-dessous, ne permet pas d'admettre que les conditions anatomiques dans lesquelles était le rein fussent congénitales. S'il n'y eût eu chez ce malade, comme chez la femme qui fait le sujet d'une autre observation, que les rudiments d'un rein, il eût été de toute impossibilité qu'il se formât un calcul, et que ce

calcul arrêté dans l'urètre eût donné lieu aux altérations de diamètre que présentait ce conduit. Cette idée d'un arrêt de développement ou d'un vice de conformation étant éloignée comme inadmissible, force est de reconnaître dans ce petit kyste membraneux dans lequel se rendent les vaisseaux rénaux, et d'où part le bassinet, un rein altéré par la maladie. Or, comme le rein ne peut être réduit à l'état d'une poche membraneuse qu'après avoir subi une dilatation telle que son tissu propre ait complètement disparu, et que cette dilatation et cette destruction n'ont jamais lieu sans l'occlusion de l'uretère et sans la suppuration du rein, il en résulte premièrement que le rein dont il est ici question avait subi cette altération, et secondement que cette altération n'est pas nécessairement mortelle.

Quelqu'extraordinaire que puisse paraître d'ailleurs une semblable guérison, elle n'a rien qui soit en opposition avec les lois de l'organisme malade. On conçoit en effet que, par le fait même de la disparition complète du parenchyme rénal, la sécrétion urinaire étant abolie en même temps que l'organe qui en est chargé est lui-même détruit, on conçoit, dis-je, dans les cas où la vie résiste à un si grand désordre, que l'absorption devienne, dans ce kyste, supérieure à l'exhalation, et que les membranes se resserrent sur elles-mêmes à fur et mesure de la diminution du liquide qu'elles renferment. N'y a-t-il pas quelqu'analogie, bien qu'éloignée sans doute, entre ce qui se passe alors dans un rein devenu simplement *membraneux*, et ce qui a lieu dans quelques cas rares d'anévrysme, où la poche artérielle cessant de communiquer avec l'arbre circulatoire, revient peu-à-peu sur elle-même, et ne présente plus, après quelques années, qu'un sac membraneux dans lequel on distingue à peine quelques traces des caillots fibrineux qui l'ont remplie.

Nous avons à peine besoin de faire remarquer l'augmentation normale de volume du rein gauche, qui a été la conséquence de l'atrophie du rein droit. Un autre fait que nous

allons rapporter nous a également offert, à l'ouverture du cadavre, la coïncidence de l'atrophie incomplète d'un rein avec l'augmentation de l'autre. Ces deux faits confirmeraient, au besoin, cette loi générale, que quand deux organes sont destinés à une même fonction, la destruction de l'un entraîne un surcroît de nutrition et d'action dans l'autre.

Ce second fait est relatif à une femme qui mourut presqu'aussitôt après son admission dans les salles de la clinique. Le rein droit était moitié moins volumineux qu'à l'ordinaire, et cependant les calices et le bassinet, et le commencement de l'urétère avaient une dimension double ou triple de celle qui leur est naturelle. Le parenchyme du rein, pâle, décoloré, d'un blanc jaunâtre, un peu plus consistant que de coutume, formait une couche de deux à trois lignes d'épaisseur, dans laquelle on ne distinguait plus l'une de l'autre les substances corticale et tubuleuse. Le rein gauche avait la couleur et la texture ordinaires, et un volume presque double de celui qui est propre à chacun des reins, lorsqu'il y en a deux. La faiblesse et l'anxiété de la malade n'ayant pas permis de lui faire des questions étrangères à la maladie actuelle, nous n'avons pu avoir aucun renseignement sur ses maladies antérieures; mais les lésions dont le rein gauche était le siége, ne permettent pas de douter qu'un corps étranger arrêté quelque temps dans l'urétère, et ultérieurement entraîné ou dissous, n'ait donné lieu d'abord à la dilatation de la portion des voies urinaires placées au-dessus de lui, et ensuite à l'espèce d'atrophie incomplète du rein, observée à l'ouverture du cadavre.

Ouverture des cadavres.

Les lésions observées à l'ouverture des cadavres sont très-variées; plusieurs d'entr'elles ont déjà été décrites dans les articles consacrés aux divers modes de terminaison; je ne devrai par conséquent ici qu'en présenter l'ensemble et en compléter le tableau.

Il est assez rare que l'inflammation des reins détermine la mort avant que la suppuration se soit établie ; un fait rapporté par Chopart comme un exemple de néphrite terminée par gangrène, n'offre pas assez évidemment ce caractère pour pouvoir être admis comme tel. En effet, l'augmentation de volume des reins, leur couleur rouge, livide, avec quelques taches noires, la facilité avec laquelle leur tissu se déchirait, ne sont pas des signes incontestables de gangrène. L'état de vacuité de la vessie, le rapprochement et l'épaississement de ses parois observés chez le même sujet, se liaient à la suppression complète d'urine qui avait précédé la mort de plusieurs jours.

Dans un cas observé à la Maison royale de santé, le tissu offrait une altération qui paraît tenir le milieu entre la congestion inflammatoire et la suppuration. Le rein, sans être plus volumineux qu'à l'ordinaire, était décoloré à l'extérieur. Sa substance corticale était tellement ramollie, qu'elle ne put être coupée nettement ; elle était véritablement diffluente, et convertie en une sorte de bouillie, dans laquelle on ne put trouver et dont il ne fut pas possible d'exprimer du pus. On n'en trouva que dans les bassinets et l'uretère, qui contenaient aussi des calculs (1).

La lésion la plus commune est la suppuration. Dans quelques cas rares, on a trouvé dans le tissu même du rein, dans la substance tubuleuse en particulier, un liquide purulent qui tantôt y est infiltré et s'écoule de toute la surface incisée, et qui tantôt se montre inégalement disséminé sous formes de gouttelettes ou de petites concrétions d'apparence tuberculeuse (2). Ailleurs, comme l'a vu M. Cruveilhier (3), du pus est réuni en foyer ou déposé en couches minces, entre la membrane propre du rein et son parenchyme. Chez d'autres

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol. du corps humain*, 1re livraison.

(2) Andral, *Précis élémentaire d'anatomie pathologique*.

(3) *Anatomie pathol.*, 1re livraison, planche

sujets, on trouve dans les reins, comme dans les poumons, dans le foie, dans la rate, plusieurs petites collections de pus liquide dans quelques points, concret dans d'autres, et ailleurs de petites tumeurs rougeâtres, de même étendue à-peu-près que les abcès, et paraissant être des abcès commençants. Ces divers désordres, qu'on rencontre spécialement chez les sujets qui succombent à la suite de blessures ou après avoir subi de grandes opérations chirurgicales, sont généralement considérées comme liées à l'inflammation des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, et les lésions simultanées qu'on trouve alors dans différents viscères, sont regardées, dans l'état actuel de la science, non pas comme l'effet et le témoignage d'une pneumonie, d'une hépatite, d'une splénite, d'une néphrite; mais comme les conséquences de la résorption du pus, et comme appartenant, sous le rapport anatomique, à l'histoire de ces résorptions bien plus qu'à celle de l'inflammation du poumon ou du rein. Ajoutons enfin que ces petits dépôts de pus concret ou liquide, qui se forment dans les viscères, ne donnent pas lieu en général aux symptômes qui appartiennent à leurs inflammations; que le plus souvent même elles ne se révèlent par aucun signe particulier, et que c'est seulement par des phénomènes éloignés qu'on parvient à en soupçonner plutôt encore qu'à en reconnaître l'existence.

Dans les cas au contraire de néphrite proprement dite, le pus est contenu dans les calices, le bassinet et l'uretère, et comme ces parties sont susceptibles d'une grande extension, la quantité de pus qu'elles contiennent peut être de plusieurs livres. Souvent dans ces cas le rein a perdu sa forme, son volume et sa texture ordinaires. Sa forme devient sphéroïde ou ovoïde, quelquefois bosselée comme dans le rein du fœtus. Son volume est augmenté dans une proportion presque illimitée; très-rarement il est diminué; son parenchyme est plus ou moins altéré selon l'ancienneté et l'intensité du mal. Dans beaucoup de cas il ne forme plus autour du pus qu'une

couche de quelques lignes dans laquelle la substance tubuleuse ne se distingue plus de la substance corticale. A un degré plus avancé encore, l'organisation du rein suppuré n'offre presqu'aucune ressemblance avec celle de l'état sain : il est converti en une sorte de sac multiloculaire rempli de pus, et dont les parois ressemblent à de simples membranes. Les membranes du rein présentent aussi des lésions variées. La membrane interne, qui est presque toujours le siége primitif de l'inflammation, est quelquefois tomenteuse et hérissée de flocons celluleux (1); le plus souvent ulcérée. Probablement elle offre encore d'autres altérations qui jusqu'ici n'ont pas assez appelé l'attention des médecins, absorbée par les lésions bien plus graves du parenchyme rénal. Il en est à-peu-près de même de la membrane extérieure du rein, et de l'enveloppe incomplète que lui fournit le péritoine. Dans un cas où la substance corticale était considérablement ramollie, M. Cruveilhier (2) a remarqué que la membrane propre était beaucoup moins adhérente qu'à l'ordinaire.

Dans un autre cas où le rein gauche était en suppuration, M. Desgenettes a trouvé le péritoine (3) notablement altéré; il offrait par lui-même ou par les fausses membranes qui lui adhéraient, une épaisseur de trois lignes et une apparence cartilagineuse.

Le bassinet offre en général les mêmes lésions que les calices, et l'uretère y participe aussi dans une portion et quelquefois dans la totalité de son étendue. Sa dilatation, comme on l'a vu par plusieurs des observations relatées, est quelquefois telle, que ce conduit acquiert le volume d'un intestin grêle. Le tissu cellulaire qui l'entoure est quelquefois induré. La vessie est souvent petite, contractée; sa membrane interne a offert des granulations et des ulcères.

(1) Cruveilhier, *Descript.*
(2) *Id. id.*
(3) *Journal de Méd. de Corvisart*, T. VII, p. 117.

On trouve ordinairement dans la poche formée par le rein, dans le bassinet et l'uretère dilatés, une matière purulente ou sanieuse, de consistance inégale, très-fétide, mêlée à des grumeaux caséeux, à du sang, à des concrétions fibrineuses, à des graviers, et presque constamment un ou plusieurs calculs qui ont, comme nous l'avons vu, une si grande part dans le développement de la néphrite. Ces calculs peuvent se trouver soit dans le rein lui-même, et alors ils en occupent toujours les calices ou le bassinet, soit dans quelque point de l'uretère, ou dans la vessie. Les calculs contenus dans les calices ont toujours une forme irrégulière, souvent rameuse; tout indique que c'est par leur accroissement progressif et par la pression qui en a été la conséquence, qu'ils ont enflammé, ulcéré, détruit le parenchyme du rein, dont le volume alors n'est pas considérablement augmenté. Les calculs contenus dans l'uretère sont généralement globuleux ou ovoïdes; ils bouchent complètement l'uretère, et quelquefois alors ils sont adhérents à ses parois, le canal qui les renferme est dilaté au-dessus d'eux, et n'offre au-dessous que son volume ordinaire, ou même qu'un volume moindre. Cette dilatation existe encore, mais à un plus faible degré, dans les cas où le calcul n'est pas adhérent et où il permet, soit continuellement, soit par intervalles, à une partie du pus et de l'urine de passer dans la vessie. Dans ces cas d'occlusion complète ou incomplète, permanente ou passagère, c'est évidemment par la rétention et l'accumulation de l'urine entre le rein et l'obstacle, que la néphrite est survenue.

Dans quelques cas rares, on a vu plusieurs calculs séparés les uns des autres, et contenus dans autant de renflemens distincts (1) de l'uretère, dans lesquels ils étaient libres, de manière à ne point empêcher le passage de l'urine et du pus. Dans d'autres cas où le rein est enflammé, et où l'on ne trouve de calculs que dans la vessie, la dilatation considérable

(1) Cruveilhier, ouv. cité, liv. I.

de l'uretère correspondant donne la preuve certaine que le calcul qui est actuellement dans la vessie a séjourné plus ou moins longtemps dans l'uretère, et que la néphrite est survenue comme dans le cas précédent, par suite de l'accumulation de l'urine. Chez quelques sujets enfin, l'ouverture des cadavres n'a montré d'obstacle au cours de l'urine qu'au col de la vessie ou même dans l'urètre. Ici l'inflammation paraît avoir remonté de la membrane interne de la vessie aux uretères et aux reins. Mais rarement alors l'inflammation offre dans les reins beaucoup d'intensité ; elle est bornée à leur membrane interne, et ne donne jamais lieu aux grandes lésions précédemment décrites.

Lorsque le pus formé dans le rein s'est fait jour hors des voies naturelles de l'urine, une nouvelle série de lésions se joint à celles qui viennent d'être exposées. On trouve alors des collections ou des fusées de pus, bornées au tissu cellulaire le plus voisin des parties primitivement affectées ou s'étendant à de grandes distances jusque dans le petit bassin, par exemple, pénétrant quelques viscères, s'ouvrant dans le péritoine, ayant d'autres fois des orifices aux tégumens. Il n'est pas rare de rencontrer dans les parties qui ont été en contact avec l'urine et le pus, l'odeur et l'aspect de la gangrène.

Le traitement de la néphrite aiguë est en général basé sur les mêmes principes que celui des autres inflammations : les saignées générales, les applications de sangsues et de ventouses scarifiées sur la région rénale, répétées en raison de l'intensité du mal, de la force et de l'âge du sujet, les bains entiers, les demi-bains, les topiques émolliens sous formes de cataplasmes ou de fomentations ; les lavemens mucilagineux, les boissons rafraîchissantes, telles que les émulsions, le petit lait, les décoctions d'orge, de racine de guimauve ou de graine de lin, etc., sont les moyens généralement employés.

Indépendamment des indications qui lui sont communes avec les autres phlegmasies, la néphrite en offre plusieurs qui lui

sont propres. La chaleur considérable que produirait dans le corps entier du malade et spécialement dans la région lombaire, l'usage d'un lit trop mou aurait un double inconvénient : beaucoup de malades sentent le besoin de coucher sur un lit un peu ferme, et les médecins en ont généralement fait un précepte.

L'utilité bien reconnue de placer l'organe enflammé dans le plus grand repos possible, fournit encore ici une indication spéciale. Les boissons abondantes, qu'on recommande dans plusieurs autres phlegmasies, auraient ici l'inconvénient d'augmenter l'action des reins, et l'on ne doit faire boire ces malades qu'autant que la soif l'exige, et toujours en petite quantité à la fois, surtout lorsque la suppression des urines peut faire craindre l'occlusion complète des uretères. On doit aussi préférer les boissons presque tièdes, aux boissons froides qui, comme on le sait, augmentent davantage la secrétion urinaire.

Un autre point encore assez important dans le traitement de la néphrite aiguë, est d'insister auprès des malades pour qu'ils évitent tout mouvement qui ne serait pas indispensable. La maladie reconnaissant presque toujours pour cause la présence d'un calcul, le moindre changement de position du malade suffit souvent pour provoquer un accroissement subit et intense des douleurs. Ce précepte d'une entière immobilité reconnaît toutefois quelques exceptions. On conçoit qu'il n'est pas applicable dans les cas où l'extrême intensité des douleurs, entraîne irrésistiblement les malades à se rouler sur leur lit ou sur le plancher J'ajouterai que dans ces exacerbations, l'immobilité n'est pas seulement impraticable, que peut-être même elle serait nuisible. En effet, autant il importe dans la rémission des douleurs de ne rien changer aux conditions dans lesquelles se trouve l'un par rapport à l'autre, le rein enflammé et l'agent presque toujours mécanique qui l'irrite, autant il est indiqué de varier ces conditions, lorsque l'intensité du mal devient telle, qu'il ne paraît plus possible qu'elle augmente.

Les narcotiques qui sont quelquefois employés avec avantage dans plusieurs autres phlegmasies, et particulièrement dans la dysenterie, sont plus généralement indiqués encore dans l'inflammation aiguë du rein, à raison de la violence des douleurs qui, communément surpassent de beaucoup celles qui ont lieu dans les autres inflammations. En conséquence, en même temps qu'on a recours aux moyens antiphlogistiques, on ne doit pas hésiter, quand les douleurs sont très-intenses, à faire prendre au malade, d'heure en heure, ou même de demi-heure en demi-heure, un demi grain, ou même un grain d'opium sous forme liquide ou solide. On doit préférer en général l'opium liquide, parce que l'action en est plus prompte; mais si la saveur nauséuse de ce remède augmente les vomissemens, on doit l'administrer en pilules, ou mieux encore, le donner en lavemens. La diminution des douleurs, ou un commencement de narcotisme, marquent le point où il faut diminuer, éloigner ou suspendre l'emploi de l'opium.

Si une révulsion active vers la peau paraît nécessaire, le siége spécial de l'inflammation oblige à quelques précautions dans le choix du moyen qu'on emploie pour la produire. On doit s'abstenir de l'usage des cantharides, qui, à l'extérieur même, chez quelques personnes, produisent dans les voies urinaires des accidens analogues à ceux qu'on se propose de combattre. En conséquence, lorsqu'il sera nécessaire de produire la rubéfaction ou la vésication, on devra s'abstenir scrupuleusement des topiques cantharidés, et en employer quelqu'autre, tel que la farine de moutarde ou la pommade ammoniacale.

Lorsque la néphrite a cédé à l'emploi de ces moyens, il faut ne pas laisser ignorer au malade, le danger où il est d'être repris de la même affection, s'il se place de nouveau dans les conditions où elle s'est une première fois développée. Lors même que les accidens auraient complètement cessé, sans qu'on eût reconnu de graviers dans l'urine, sans que rien

indiquât qu'un petit calcul serait descendu dans la vessie, on devrait toujours, d'après les considérations précédemment exposées, recommander au malade qui a éprouvé les symptômes d'une néphrite aiguë, de suivre le régime que l'on conseille aux individus qui ont actuellement ou qui ont eu des calculs dans les reins. Ce régime consiste principalement dans l'usage d'alimens végétaux, de boissons fraîches et diurétiques, spécialement des eaux alcalines naturelles, prises en abondance; dans l'abstinence complète des boissons et des alimens qui échauffent, dans un exercice prolongé plutôt que violent, dans le soin de se tenir habituellement, soit la nuit, soit le jour, dans une température fraîche.

Si après une ou plusieurs attaques de néphrite aiguë, la suppuration s'établit dans le rein, la position du malade devient fort grave, et les secours de l'art n'ont le plus ordinairement pour résultat, que le soulagement des douleurs et la prolongation de l'existence. Toutefois, dans quelques cas, comme nous en avons donné des preuves et cité des exemples, on a vu guérir complètement des sujets qui avaient présenté les symptômes d'une suppuration des reins. Dans ces cas, la diète lactée, ou du moins végétale, l'établissement d'un ou de plusieurs exutoires aux lombes, le changement d'habitation, et peut-être de climat, le séjour à la campagne, et souvent l'usage des eaux minérales alcalines, sont les moyens qu'on emploie généralement avec des chances variables de succès, selon la gravité des cas.

Lorsque le pus formé dans le rein tend à se faire jour au dehors, il devient souvent utile d'ouvrir, au moyen du bistouri ou à l'aide des caustiques, un abcès déjà superficiel ou encore profond, d'en sonder le trajet, et si l'on y reconnaît un calcul, de chercher à l'extraire, à quelque profondeur qu'il soit situé. Dans un cas de cette espèce, J. L. Petit fut assez heureux pour voir complètement guérir un sujet auquel il avait retiré de la région lombaire un calcul à trois branches, et qui conserva long-temps à la suite de cette extraction, une

fistule urinaire. Si le calcul était fortement adhérent, il faudrait tenir ouvert par un pansement convenable, le trajet fistuleux, jusqu'à ce que, rendu plus mobile, il pût être entrainé au dehors.

J'ajouterai en terminant ce qui est relatif à la suppuration du rein, que cette maladie ayant toujours une durée très-longue, il importe, quelle que doive être l'issue de la maladie, de soutenir les forces et d'accorder, malgré l'état fébrile, une certaine quantité d'aliments doux et de facile digestion.

Je répéterai enfin, qu'à toutes les périodes de la néphrite calculeuse, la maladie c'est le calcul; l'inflammation n'est qu'un phénomène secondaire. Aussi importe-t-il, sur toutes choses, d'insister sur les préparations alcalines, et spécialement sur les eaux naturelles de Vichy, à dose aussi élevée que le permet l'état des organes digestifs, dans le double but de dissoudre les calculs qui peuvent exister encore dans les voies urinaires, et de prévenir la formation de calculs nouveaux. Dans ce double but, l'usage de ces eaux prises à leurs sources même, est de beaucoup préférable, parce que sur les lieux, les malades peuvent en user en bains et en boissons, et parce que la quantité d'eau prise par la bouche peut être portée bien plus loin. Il y a bien à la vérité quelques calculs qui résistent à l'action dissolvante des alcalis, mais ces calculs sont très-rares, si on les compare à ceux que ces réactifs peuvent dissoudre, ramollir ou dissocier.

Quelques médecins ont donné le nom de *néphrite albumineuse* à la maladie décrite par le docteur Bright, sous le nom de maladie granuleuse du rein. Nous n'avons pas parlé de cette maladie dans ce mémoire, parce que nous n'avons pas cru devoir comprendre dans une même description, et dans des considérations communes, deux altérations pathologiques aussi distinctes. (1)

(1) Il s'est glissé au commencement de cet article, *page* 477, une faute d'impression Au lieu de ou *l'urètre*, lisez : *ou l'uretère*.

De la reproduction des os et de la formation d'os nouveaux ; par le docteur HEINE, *de Wurtzbourg* (1).

Le docteur Heine a fait une série d'expériences dans le but de vérifier les diverses opinions relatives à la réproduction des os.

Dans l'intervalle de 1830 à 1834, il a enlevé, sur un veau et sur huit chiens, des portions de côtes de longueur différente, mais toujours assez grande pour que les surfaces osseuses fussent séparées par un certain intervalle et ne pussent pas arriver au contact. Les animaux furent tués à des époques différentes, et l'examen fit voir que chez quelques-uns un os nouveau était déjà formé dans le deuxième mois et avait rétabli la continuité de la côte. Sur l'une de ces pièces on voyait distinctement que la portion de côte de nouvelle formation ne s'unissait pas aux extrémités de la côte par de la matière osseuse, mais bien par du tissu fibreux, et il en était résulté deux fausses articulations entre la portion reproduite et les extrémités de deux fragments de la côte, lesquels par conséquent ne pouvaient pas être considérés comme ayant produit l'os nouveau par exsudation.

Il est arrivé plusieurs fois à l'auteur d'enlever une côte toute entière, à partir de son articulation avec la colonne vertébrale jusqu'à son extrémité sternale, avec une portion du cartilage, et à cause de l'importance du résultat, nous allons rapporter une de ces expériences avec quelque détail.

Expérience 1re. — Sur un chien de trois ans on fit une incision le long de la partie moyenne de la neuvième côte. Le périoste fut détaché et laissé adhérent aux parties molles ; la plèvre et les vaisseaux intercostaux furent détachés de la surface interne de la côte ; le cartilage costal fut incisé, puis pour plus de facilité l'extrémité sternale de la côte fut portée en arrière et en dehors

(1) Extr. du *Journ. der chirurgie med. Augenkeilkunde*, de Graefe et Walther. 1836, T. XXIV, cah. 4e.

et la côte désarticulée. Cette opération demanda beaucoup de prudence, à cause de l'épaisseur des muscles, de la proximité de la plèvre et de l'aorte. Aucun vaisseau ne fut lié, et l'on réunit la plaie par première intention, en ayant soin de laisser une petite ouverture en avant pour l'écoulement du pus. L'animal n'éprouva aucun accident ; la plaie suppura pendant quelque temps. Le 27e jour il ne restait plus qu'une petite ouverture fistuleuse qui fournissait très-peu de pus, et le 30e la cicatrisation fut complète. Environ deux mois après l'opération, on pouvait sentir à travers les téguments un corps dur, rétréci, allongé, qui se développa de plus en plus.

Cinq mois et demi après cette première opération, on excisa sur le même chien une portion de la 6e côte, de dix-sept lignes de long ; on perça les extrémités du fragment, et le morceau excisé fut remis en place à l'aide de deux ligatures. La plaie fut guérie par première intention. Le 23e jour il s'était formé une tumeur fluctuante ayant trois pouces de long et un pouce d'élévation, située sous la peau, précisément au-dessus du fragment qui avait été remis en place. Le 28e jour, la tumeur s'ouvrit en trois endroits, et les trois perforations fistuleuses donnèrent issue à du pus mêlé de sang.

Un mois et vingt-deux jours après cette deuxième opération, sept mois et onze jours après la première, le chien fut tué, les vaisseaux furent injectés, et voici le résultat de l'examen anatomique :

1.° Sur le côté de la poitrine, à l'endroit où la neuvième côte fut enlevée, existait une cicatrice adhérente aux parties sous-jacentes.

2° Les plèvres et les poumons étaient dans un état parfaitement normal.

3° A la place de la côte enlevée existait un nouvel os beaucoup plus mobile que les côtes voisines, et sur lequel les muscles intercostaux s'inséraient comme sur la côte normale. L'examen comparatif de la côte enlevée avec la nouvelle fit voir que celle-ci était de six lignes plus courte, plus large, mais moins épaisse ; l'arc que la côte formait en avant et en arrière était moins prononcé que dans les autres côtes. La surface externe présentait des inégalités en quelques points, surtout en arrière, là où s'insère le long du dos. La tête, le col et le tubercule de la côte manquaient, mais on en trouvait des rudiments, car en arrière l'os nouveau se terminait par deux petits prolongements séparés

par une portion rétrécie. Cette extrémité se trouvait unie par des parties fibreuses à l'apophyse transverse de la neuvième vertèbre dorsale, ainsi qu'aux muscles et à la plèvre. En avant, l'os nouveau était uni par du tissu fibreux, blanchâtre, à la portion du cartilage costal qui était restée lors de l'opération. Ce tissu intermédiaire avait tout-à-fait l'aspect du cartilage, ainsi que son épaisseur, sa consistance et son élasticité.

La portion de la sixième côte qui avait été réséquée et replacée ensuite, était placée sous la peau, entre les muscles, dans une cavité à laquelle aboutissaient les ouvertures fistuleuses dont il a été question. La cavité était tapissée par une membrane blanchâtre, molle, floconneuse, vasculaire, et recouverte de pus dans lequel nageaient la portion d'os et les deux ligatures qui avaient servi à le fixer. Du reste, cet os était mortifié et n'avait contracté aucune adhérence avec les parties molles voisines. Cependant la continuité de la sixième côte avait été rétablie par une production osseuse nouvelle entourée par un périoste vasculaire, et qui envoyait de nombreux vaisseaux dans son intérieur. Le long de son bord inférieur, l'artère intercostale suivait son trajet habituel. La portion de nouvelle formation se distinguait de la portion réséquée et du reste de la côte, par une épaisseur et une largeur plus grandes, et par plus de blancheur. Sa face externe était moins lisse, et sa surface interne plus convexe. Cet os ayant été divisé suivant sa longueur et sa largeur, on vit qu'il était formé d'une substance poreuse, dense, réticulaire, dans laquelle rampaient une foule de petits vaisseaux remplis de la matière à injection. De la comparaison des deux os de nouvelle formation, il résultait que la portion de la sixième côte, après un mois et vingt-deux jours, était plus épaisse et plus large que la neuvième côte, après sept mois et onze jours.

Cette différence tient non-seulement à l'action que la portion réséquée et replacée a pu exercer sur les parties voisines, mais aussi à l'influence des extrémités osseuses sur la reproduction de l'os nouveau (1).

Expér. II. —Sur un autre chien, l'auteur enleva le péroné en

(1) Il est une autre cause qui peut rendre compte de cette différence : si l'un des os était plus volumineux, c'est parce qu'il était beaucoup moins ancien, car l'on sait qu'au bout de six semaines à deux mois le cal a plus d'épaisseur qu'il n'en aura par la suite, et qu'il diminue de volume à mesure qu'il vieillit.

entier avec le périoste, et après 57 jours il s'était formé à la partie supérieure de la jambe un os nouveau long de plusieurs pouces. Cet os était mince et étroit; il avait deux faces et deux bords. A sa face postérieure s'insérait le muscle tibial postérieur, et à sa face antérieure le long péronier. Le ligament interosseux s'insérait à son bord interne.

Inférieurement, à la place de la malléole externe se trouvaient deux autres fragments d'os nouveaux; tous deux étaient unis au tibia et au ligament externe de l'articulation par le tissu fibreux.

De ces expériences, l'auteur conclut que le périoste et ses prolongements, les os et la membrane médullaire concourent à la régénération des os; et que si ces parties n'existent plus, les parties molles environnantes peuvent les remplacer.

L'auteur signale encore une particularité intéressante que voici : quand on cherche à replacer et à faire cicatriser une portion d'os que l'on a reséquée, la force de reproduction est beaucoup plus grande, et les parties nouvellement produites dans ces cas, acquièrent, dans un laps de temps beaucoup plus court, un degré d'organisation bien plus avancé que dans les cas où le vide n'est point rempli par la portion d'os qui a été reséquée. Dans le premier cas, évidemment l'os ancien agit comme un corps étranger, et provoque la reproduction et la consolidation comme le séton dans les cas de fausse articulation. Cette excitation se trouve en outre démontrée par le développement vasculaire de la partie. C'est ainsi que plusieurs fois l'auteur a vu dans ces cas, les artères intercostales doublées de volume. L'os ancien est peu-à-peu repoussé de sa place, et expulsé ou resorbé.

De l'atrophie du cœur; par le professeur ALBERS, *de Bonn* (1).

Le professseur Albers pense que les médecins français,

(1) Extrait du *Wochenschrift für die Gesammte Heilkunde*; par Casper. 1836, Nos 50 et 51.

allemands et anglais, ont confondu la petitesse accidentelle du cœur avec la véritable atrophie de cet organe. On trouve, dit-il, le cœur plus petit que normalement chez les individus morts de phthisie, de diabètes, de maladies cancéreuses, etc. Mais chez ces mêmes individus, d'autres organes sont aussi réduits à un volume moindre, et si on examine dans ce cas le cœur avec exactitude, on trouve son épaisseur en rapport avec les cavités; sa pesanteur, sa consistance et sa couleur sont d'ordinaire également dans un état normal, et comme pendant la vie on n'a pas observé d'accidents dépendants d'un changement dans l'état du cœur, on est en droit de se demander si cette petitesse de l'organe doit être considérée comme un état morbide. Si l'hypertrophie consiste dans un épaississement des parois, sans que l'augmentation de volume soit essentielle, puisque l'on trouve des hypertrophies sans cette augmentation, on ne peut pas trouver de l'atrophie là où l'épaisseur des parois est normale, et où la diminution de volume est le seul phénomène apparent; et en ce sens, il n'y aurait pas d'après Laennec, Andral et Bouillaud, une atrophie réelle: il faudrait appeler cet état du cœur petitesse anormale et non atrophie, et le rapprocher de la microcéphalie, de la microphthalmie.

L'auteur dit avoir été assez heureux pour observer la véritable atrophie du cœur, qui n'a rien de commun avec la petitesse du cœur indiquée par Laennec, et qui se trouve être directement l'opposé de l'hypertrophie. Elle consiste dans une véritable atrophie des parois, avec grandeur normale des cavités. Le cœur est moins pesant qu'il ne l'est habituellement. C'est ainsi que le cœur d'un homme fort et replet, après que les vaisseaux eurent été enlevés, pesait deux onces et demie, poids qui non seulement est anormal, mais encore se trouvait très-peu en rapport avec la grandeur et la force de cet homme. L'amincissement des parois dans ces cas est très-remarquable; la paroi du ventricule gauche n'est pas aussi épaisse que celle du droit l'est naturellement, et la paroi du ventricule

droit égale en épaisseur l'oreillette. Dans le cas où le cœur pesait 2 onces 1/2, la paroi du ventricule gauche avait au plus 1 ligne 1/2 d'épaisseur, et le ventricule droit 1 ligne. Dans d'autres cas, le ventricule gauche avait, immédiatement au-dessous de la valvule tricuspide, 2 à 4 lignes, et si on admet 7, 8 lignes, comme épaisseur normale du ventricule en ce point, on voit combien la différence est grande.

Dans tous ces cas, l'épaisseur des parois avait diminué partout : elles étaient affaissées et avaient peu de consistance ; la couleur de la substance musculaire est tantôt d'un brun rougeâtre, tantôt très-pâle. Le cœur est quelquefois un peu dilaté, surtout l'oreillette droite, ce qui est la conséquence de la résistance moindre que la masse musculaire atrophiée peut opposer au sang. L'atrophie peut aussi se borner à une des moitiés du cœur, c'est ainsi que l'auteur dit avoir rencontré une atrophie du cœur droit.

Cette atrophie du cœur existe sans atrophie d'autres organes, sans phthisie.

Voici les symptômes qui, suivant le professeur Albers, appartiennent à cette maladie. Dans le principe, il survient de la difficulté dans la respiration, les malades sont ordinairement très-agités et sont privés de repos; il existe une toux légère. La respiration est pénible et coupée par des soupirs ; les battements du cœur ont quelque chose d'incertain, et les malades sentent un espèce de frémissement à la région précordiale, la main appliquée sur ce point ne sent point les battements du cœur ; par le sthétoscope, on s'assure qu'ils sont très-faibles. Ces phénomènes reviennent par accès, et c'est surtout dans ces moments qu'ils sont très-manifestes.

Le pouls pendant les accès devient insensible, et ensuite il offre une fréquence de 120-140 pulsations. Ces accès persistent deux à trois jours et diminuent ensuite jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'une certaine oppression et de la faiblesse dans les battements du cœur. Dans le principe les accès revien-

nent tous les deux à trois mois, puis ils deviennent plus fréquents.

Comme cause, l'auteur indique les chagrins et les peines morales prolongées pendant plusieurs années. C'est là ce qui avait produit la maladie dans les cas qu'il a observés.

A l'appui de cette description, et pour éclaircir la symptomatologie, le professeur Albers rapporte les deux observations suivantes.

Obs. Ire. — Une femme âgée de 42 ans, d'une taille moyenne et bien constituée, avait mis au monde onze enfants, et venait d'être délivrée heureusement d'un douzième depuis quatre semaines environ. Depuis dix-sept ans, tourmentée par la mauvaise humeur de son mari, elle menait une vie triste et chagrine : depuis douze ans elle avait souvent des migraines, de l'oppression, et elle sentait un frémissement anormal à la région précordiale, sans que le pouls ni les pulsations du cœur fussent sensibles. En même temps il survint chez elle de l'anxiété et une toux légère. Elle eut pendant ce temps cinq couches heureuses; ses menstrues coulaient régulièrement; et excepté dans le moment de ses accès où elle était obligée de garder le lit, elle se portait bien, et montait facilement un escalier ou un lieu élevé. Après avoir inutilement consulté plusieurs médecins, elle vint me trouver à Bonn. A ma première visite, je trouvai chez elle beaucoup d'oppression et d'anxiété. Il y avait de l'insomnie, tout le corps était pâle, les extrémités étaient froides; les pulsations du cœur et du pouls insensibles; le stéthoscope ne faisait entendre que des battements petits et obscurs. Ces symptômes cédèrent en partie au repos et à une légère dérivation. Les battements du cœur reparurent, mais ils étaient faibles et mous : il resta de l'oppression et de fréquentes syncopes. La dernière couche s'écoula heureusement, mais au bout d'un mois la malade s'étant exposée au froid, fut prise d'une pneumonie à laquelle elle succomba en huit jours.

A l'autopsie, on trouva outre la lésion des poumons, le cœur affaissé et mou. Séparé des gros vaisseaux, il pesait trois onces et demie. La paroi du ventricule gauche avait trois lignes dans le point le plus épais; le ventricule droit un peu plus d'un ligne. Le cœur droit était légèrement dilaté. Le cœur était atrophié dans tous ses points, et les colonnes charnues étaient beaucoup plus petites qu'elles ne le sont habituellement.

OBS. IIe. — M. de B., grand et fortement constitué, était devenu mélancolique depuis dix ans, à la suite d'une chute de cheval et d'une inflammation cérébrale. Il était constamment préoccupé de l'idée qu'il devait lui arriver un grand malheur; delà des inquiétudes, des chagrins, et des nuits sans sommeil. Dans les dernières années de sa vie, les battements du cœur étaient devenus si faibles, qu'on ne les sentait plus et qu'on les entendait à peine. Le pouls, quoique sensible, était d'une faiblesse remarquable. Ces phénomènes existaient depuis six ans, lorsque B. fut pris, pour s'être exposé à la pluie, d'une fièvre gastrique qui céda facilement aux évacuants. La fièvre avait disparu, lorsqu'il se développa une douleur qui avait son siége entre la dixième côte et l'ombilic. Il existait de la tension dans l'hypocondre droit, de l'inappétence, une soif vive, de la constipation, puis il survint les jours suivants de la fièvre, 120 à 140 pulsations, et le malade mourut après cinq semaines de maladie.

L'autopsie fut faite 32 heures après la mort. La cavité crânienne ne présenta rien de remarquable, si ce n'est trois saillies osseuses qui existaient à la face interne de l'occipital, et déprimaient légèrement la dure-mère et la pie-mère qui étaient épaissies à leur niveau.

Le cœur était petit, mou, affaissé, d'une couleur rouge foncée; séparé des gros vaisseaux; il pesait deux onces et demie. Le ventricule gauche avait deux lignes, le droit une ligne d'épaisseur. Les cavités étaient vides. Les colonnes charnues étaient si minces, que les plus grosses n'avaient pas un quart de ligne d'épaisseur.

Dans l'abdomen, on trouva la capsule de Glisson formant une poche remplie de pus, de la grosseur du poingt, la séreuse du foie, les intestins, le tissu cellulaire et les vaisseaux concouraient à le former. Elle était remplie de pus, de deux gros calculs biliaires, et de plusieurs petits; de plus, elle contenait les débris de la vésicule biliaire, et le canal cystique qui était oblitéré. Les conduits hépatiques et cholédoques étaient libres, mais déviés et rouges. L'estomac, le duodénum et la veine porte y adhéraient, mais d'une manière lâche; le péritoine était injecté tout autour.

Académie royale de Médecine.

Séance du 21 *mars*. — DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES PURGATIFS.—M. Bouillaud a le premier

la parole : « Pour apprécier, dit-il, le traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs, il faut en comparer les résultats à ceux obtenus par d'autres traitements. C'est une question que l'expérience seule peut résoudre, et l'expérience traduite en chiffres. — M. Bouillaud établit d'abord que la fièvre typhoïde n'est autre que la fièvre entéro-mésentérique de MM. Petit et Serres, c'est-à-dire une maladie caractérisée par l'altération spéciale de l'intestin, altération que constitue la tuméfaction, puis l'ulcération des follicules de Peyer et de Brunner. M. Bouillaud admet en outre un travail de résorption dans l'intestin, d'où résulte l'infection générale de l'économie. La lésion primitive est évidemment inflammatoire, mais en fait de traitement, la théorie doit être écartée pour faire place à l'expérience. Cela posé, M. Bouillaud présente des relevés comparatifs sur divers traitements. Il emprunte les premiers à l'ouvrage de clinique de M. Andral. Sur 74 malades traités par les émissions sanguines, on trouve 35 morts ; sur 9 malades traités par les purgatifs, 8 morts; enfin sur 40 malades traités par les toniques, 26 morts. — M. Bouillaud a fait lui aussi un livre sur les fièvres essentielles. A propos de la fièvre bilieuse, il s'est occupé des évacuants. Pour apprécier rigoureusement leur valeur dans les circonstances où on les a préconisés, il s'est abstenu de leur emploi ; ses malades traités par de simples délayans n'en ont pas moins guéri. — Dans la forme adynamique il a administré les toniques qui sont loin de lui avoir réussi ; il a tenté les émissions sanguines, mais il n'a pu alors recueillir assez de faits pour asseoir une opinion, et d'ailleurs sa méthode de saigner ne différait point à cette époque de celle généralement usitée. M. Bouillaud cite ensuite M. Louis, qui, dans son ouvrage sur la fièvre typhoïde, professe les mêmes idées que lui sur cette maladie, et qui, dans l'examen des méthodes de traitement, notamment par les émissions sanguines auxquelles ont été soumis les malades qu'il a observés, rapporte que sur 207 il en est mort 71. Aux émissions sanguines on avait joint quelquefois de légers toniques. Sans accorder, d'après cela, beaucoup de confiance à la saignée, M. Louis avoue cependant qu'elle semble abréger la maladie. Ce n'est qu'après avoir reconnu comme les autres l'insuffisance de la pratique commune, que M. Bouillaud a multiplié et rapproché les émissions sanguines, jusqu'à ce qu'enfin il ait formulé sa méthode des saignées coup sur coup. Aujourd'hui c'est dans les cas les plus graves qu'il tire le plus de sang. Il en tire alors, terme moyen, quatre livres dans les quatre ou cinq premiers jours. Dans les cas médio-

crement graves; deux livres à deux livres et demie ; enfin dans les cas légers, seize à vingt onces seulement. Sur 178 malades ainsi traités en 1836, M. Bouillaud en a perdu 22, un huitième environ Plus tard, sur 71, il en est mort 3 qui appartenaient à des cas graves, au nombre de 14 ; 1 sur 5. Dans tous les autres cas, M. Bouillaud ne perd au plus qu'un malade sur 16 à 17. Sur le nombre total, on peut estimer à 1 sur 9 le rapport des décès aux guérisons, d'après sa méthode. — M. Bouillaud fait observer qu'il a soin d'écarter de ses tableaux statistiques les embarras gastriques et autres états légers que M. Delaroque fait au contraire entrer dans les siens. « Si M. Delaroque présente un chiffre de guérisons qui s'approche des miens, ajoute M. Bouillaud, il n'en est pas de même de plusieurs médecins qui ont tenté les purgatifs. » Ainsi sur dix malades traités par M. Chomel, il en serait mort 6. M. Andral, dans son rapport, signale 5 morts sur 6 ; il est vrai que les 5 cas étaient des plus graves. — Après son traitement, M. Delaroque assigne, comme terme moyen de durée à la maladie, 34 jours. Entre les mains de M. Bouillaud, la fièvre typhoïde se prolonge rarement plus de quinze à seize jours, et quand elle est légère, le traitement en triomphe quelquefois en cinq ou six jours.

M. Piorry succède à M. Bouillaud; il s'attache à démontrer que la statistique est inapplicable aux faits de thérapeutique. La difficulté de trouver, sous ce rapport, des unités pathologiques identiques, lui semble insurmontable. Ainsi la fièvre typhoïde est un composé d'une infinité d'élémens morbides divers. Si la lésion de l'intestin est fondamentale, n'y a-t-il pas aussi altération manifeste du sang ; et si l'on détaille l'observation, ne trouve-t-on pas encore là un engouement pulmonaire, là une accumulation de matières fécales ou gazeuses dans l'intestin ; ici une distension de la vessie par l'urine? etc. Que penser d'une addition faite avec des quantités de nature si différente? — M. Piorry croit qu'on ne peut se prononcer pour un mode exclusif de traitement ; autrement lui se prononcerait pour la méthode expectante ; mais chaque état morbide doit être attaqué par la médication qui lui convient. Dans une affection aussi complexe que la fièvre typhoïde, le traitement doit être complexe. — M. Castel parle dans le même sens que M. Piorry; il appuye surtout son opposition à la statistique sur la marche naturelle des maladies fébriles que rien ne peut suspendre, et qu'il importe de ne pas entraver par des traitements conçus *à priori*, comme sont nécessairement ceux qui se basent sur des chiffres.

Séance du 28 mars. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — M. Rochoux n'admet pas que tout traitement puisse être bon dans la fièvre typhoïde. Toutes les maladies qui ont un traitement à-peu-près connu, n'ont qu'un ordre de remèdes. Il n'y a pas deux méthodes pour préserver de la variole, de la rage, etc. Il en est de même de la fièvre typhoïde. En physique et en chimie, l'étude des corps démontre que leur état repose sur des conditions déterminées. Quand la cause reparaît, l'effet suit toujours, etc.

M. Andral répond aux diverses attaques dont son rapport a été l'objet. Il repousse d'abord le rapprochement que M. Rochoux a voulu faire en parlant, à propos du traitement de la fièvre typhoïde, des méthodes préservatrices de la variole et de la rage. Quelle analogie y a-t-il entre des maladies dues à une cause spécifique toujours la même, et la fièvre typhoïde !.., Quant à la dernière proposition de M. Rochoux : Que tout dans la nature est soumis à sa condition d'existence, personne ne peut, ni ne veut la contester; mais quel rapport avec la question? M. Andral s'adresse ensuite à M. Bouillaud. Il doit justifier de suite M. Delarocque, d'un reproche qu'il ne mérite pas. Ce médecin n'a point confondu, comme l'a dit M. Bouillaud, les simples embarras gastriques avec la fièvre typhoïde; d'une autre part, M. Delarocque assigne à la durée moyenne de la maladie après son traitement, non pas 34 jours, mais seulement 10 ou 12 jours. Enfin, M. Andral montre que M. Bouillaud a donné une explication tout-à-fait inexacte aux faits extraits du traité de clinique, aux neuf cas de fièvres traités par les purgatis, sur lesquels 8 sont morts. M. Andral n'a pas du tout voulu faire là un relevé de mortalité; ce sont des observations choisies au hazard et dans un tout autre but. M. Andral aborde la méthode numérique dans son application à l'objet de la discussion. Il accorde à cette méthode une grande puissance, dans beaucoup de cas, pour peu qu'elle soit maniée avec sagesse et lenteur; mais en thérapeutique il se prononce positivement contre elle, du moins pour le présent. Elle s'exerce en effet sur des quantités trop souvent variables. Si c'est beaucoup que de connaître le siège des maladies, il s'en faut que ce soit tout pour les traiter. Il faut encore, et surtout, tenir compte de l'état *dynamique* des malades; c'est là un point capital. L'état nerveux n'est pas moins à considérer, ainsi que l'état humoral; par exemple, *l'état bilieux*, qu'il faut bien reconnaître, quoi qu'on fasse. Il importe enfin de tenir compte du degré de réaction de la circulation.

Ce sont toutes ces considérations qui doivent faire varier le traitement des maladies, et qui, toutes se présentant au praticien dans le cours de la fièvre typhoïde, écartent forcément les méthodes exclusives. L'état épidémique vient encore faire varier les indications curatives. Si cette influence est marquée sur les maladies simples, comme la pneumonie, elle l'est bien plus encore sur les fièvres graves. Toutefois, en consultant les histoires d'épidémies de fièvres typhoïdes, il est remarquable que les purgatifs ont généralement eu plus de succès que les émissions sanguines, qui, dans presque tous les livres, sont frappées d'une sorte d'anathème. De son côté, dans son ouvrage de clinique, M. Andral a constaté que presque tous les malades qui furent saignés abondamment succombèrent à une certaine époque. M. Andral a été appelé à traiter un grand nombre d'étudiants atteints de fièvres graves. Cette époque remonte à huit ou dix ans : c'était le moment où la doctrine de M. Broussais jouissait de la plus haute faveur. M. Andral saignait alors abondamment : il est tel individu auquel il a fait appliquer jusqu'à 200 sangsues. Généralement il ne faisait pas moins de 4 à 5 saignées très-copieuses et très-rapprochées. M. Andral a reculé effrayé de sa pratique : il a vu habituellement les symptômes nerveux s'aggraver, les hémorrhagies spontanées devenir aussi plus fréquentes. M. Andral s'étonne que M. Bouillaud n'ait jamais fait d'observations semblables. Dans la péripneumonie, M. Andral a vu également la prostration et l'asphixie par suppression d'expectoration, succéder à des saignées inopportunes, Dans l'érysipèle, les émissions sanguines peuvent dissiper la rougeur, mais l'infiltration du tissu cellulaire s'accroît souvent.

M. Bousquet a la parole après M. Andral. Il croit qu'on ne s'entend pas, sans quoi on n'arriverait pas à des résultats si contradictoires. On confond aujourd'hui sous un terme générique, une infinité d'états fébriles qui étaient autrefois soigneusement distingués. Si des lésions anatomiques paraissent motiver ce rapprochement, il est du moins évident qu'au début du mouvement fébrile, les troubles fonctionnels peuvent revêtir des formes bien différentes. La fièvre inflammatoire ne se montre point comme la bilieuse, et celle-ci comme la fièvre catarrhale. La séméiotique est sacrifiée à l'anatomie pathologique, et cependant celle-ci n'est elle-même que la *symptomatologie intérieure*, et rien de plus. Tirer la nature de la fièvre des lésions qu'elle laisse dans les cadavres, et n'avoir aucun égard aux phénomènes qui se revèlent pendant la vie ; c'est, suivant M. Bousquet, commettre la plus étrange confusion, et

c'est d'ailleurs ce qui peut expliquer l'exclusion qui voudrait aujourd'hui envahir la thérapeutique. Ce n'était point ainsi que procédaient les anciens, qui s'appliquaient à saisir les mouvements périodiques des fièvres. M. Bousquet rappelle ici l'épidémie de Lausanne, à laquelle Tissot a reconnu trois degrés bien marqués; l'épidémie de Tecklembourg, celle de Goëttingue, dans lesquelles les mêmes phases se sont montrées. Enfin, pour démontrer comme les événements du trouble morbide peuvent modifier les effets du traitement, M. Bousquet rapporte deux statistiques dues à Pringle et à Stoll. Dans une fièvre d'hôpital, Pringle décrit 3 degrés. Dans les deux premiers, il employa la saignée et l'émétique suivant les cas; dans le troisième, il eut recours à la serpentaire de Virginie et au quinquina. Les 9 premiers malades guérirent tous; ensuite, sur 30 il en perdit 4; puis ensuite la mortalité doubla. Stoll, en prenant le service de l'hôpital de la Sainte-Trinité à Vienne, consulta le registre tenu par Dehaën, et qui comprenait quatorze années, de 1761 à 1775. En 1769, Dehaën avait perdu de la fièvre grave, un malade sur 3; en 1772, 1 sur 12. On se formerait des idées bien fausses sur la pathogénie des maladies, ajoute M. Bousquet, si l'on attribuait uniquement cette variation de la statistique à la variation des méthodes de traitement employées. Il y a dans les maladies internes une spontanéité qui leur imprime un caractère *nécessaire*, quelque chose d'irrésistible, de fatal.

M. Louis repousse les objections faites à la méthode statistique. Il convient que les maladies les plus identiques par le fonds, peuvent différer par la forme, mais que fait cette différence de forme pour le traitement? Tous les malades affectés de la colique de plomb ne présentent pas absolument le même ensemble de symptômes, cela n'empêche pas que le traitement de la Charité guérisse 97 malades sur 100. Si M. Andral sait que divers éléments dans les maladies réclament l'attention du praticien, n'est-ce pas l'expérience améliorée, ou la statistique qui le lui a appris. Outre la colique de plomb, dit M. Louis, je pourrais citer bien d'autres maladies auxquelles s'appliquent ces réflexions: la dyssenterie, par exemple, que guérit l'opium, quelle que soit sa forme. Un seul argument puissant contre la statistique, c'est celui tiré de la difficulté d'en faire une bonne.

M. Bricheteau était interne à l'Hôtel-Dieu quand la fièvre entéro-mésentérique a été découverte. Cette maladie était très-diversement traitée dans cet hôpital, et cependant le chiffre de la mortalité ne différait guères dans tous les services. Dance a re-

cueilli et comparé plusieurs traitements, et ses conclusions sont pour la médecine expectante, M. Bricheteau a vu à Necker, les succès de la pratique de M. Dalaroque, il l'emploie de son côté avec avantage.

Séance du 4 avril. — SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE. — M. Martin Solon dit avoir tenté la pratique de M. Delaroque avec d'autant moins d'hésitation qu'il n'a jamais éprouvé contre les purgatifs l'antipathie dont ils étaient devenus l'objet. Toutefois les trois premiers essais n'ont pas été heureux. La fièvre typhoïde, dans ces trois cas, était compliquée d'inflammation des méninges, et les malades moururent. Mais M. Martin Solon a vainement recherché les traces de la phlegmasie qu'aurait dû laisser, suivant l'opinion régnante, le passage des purgatifs dans le tube digestif. Un quatrième malade, d'abord traité par les antiphlogistiques, mourut après une rechute, traité par les purgatifs. Il y avait perforation de l'intestin. On pouvait accuser ici les remèdes; M. Martin Solon n'en persista pas moins dans ses essais, et il vit le météorisme disparaître avec la fièvre après la purgation des malades, et cela dans des conditions qui quelquefois semblaient indiquer les antiphlogistiques. — M. Martin Solon sent très-bien les objections qui s'adressent à la théorie humorale de M. Delaroque. Cependant il lui paraît certain que la bile s'altère dans la fièvre typhoïde. Elle est d'abord diffluente et visqueuse, puis acquiert successivement de la consistance jusqu'à ce qu'elle ait repris ses qualités normales. Les purgatifs ont-ils une action spéciale sur le foie? En tous cas, comme les émissions sanguines, ils dépriment le pouls et abattent l'éréthisme général. M. Martin Solon a vu M. Petit donner avec succès les toniques, principalement dans la fièvre typhoïde avec rémissions. La méthode numérique est inadmissible en thérapeutique; ce n'est pas seulement une maladie, mais un malade encore que l'on a à traiter. M. Martin Solon tient beaucoup compte des *divers états* signalés par M. Andral. Ils peuvent quelquefois se combiner. C'est ce qui a pu être observé dernièrement à l'hôpital Beaujon, sur un jeune homme arrivé au troisième jour d'une pleuro-pneumonie. — M. Martin Solon saisit l'état bilieux dans les maladies, à l'aide d'une expérience très-simple. Il traite le sang des saignées avec l'acide nitrique. Si l'inflammation est franche, le précipité est blanc; si *l'état bilieux* domine, le précipité est vert.

M. Bouillaud réplique à M. Andral. Personne plus que lui, dit M. Bouillaud, n'a été et n'est encore disposé à tenir compte de

tous les *états* qui viennent nuancer le tableau des maladies, et à reconnaître les modifications qu'ils pourraient imposer au traitement. L'*état des forces* a d'abord fixé son attention. La putridité et l'adynamie ayant d'étroites connexions, il n'a pas, comme les anciens, essayé, dans ce cas, les acides, mais il a eu recours aux chlorures, et il n'en a obtenu aucun résultat. Il a saigné coup sur coup, malgré la prostration, et ses malades ont guéri. Il n'y a pas encore quinze jours qu'une observation remarquable de ce genre a pu être recueillie dans son service. L'*état nerveux* n'a point été négligé non plus. M. Bouillaud ne méconnaît point ses inconvénients. Il a vu les accidents de cet ordre s'accroître par fois après les saignées, mais l'issue définitive n'en était pas moins heureuse; aussi saigne-t-il quand il existe comme quand il n'existe pas d'état nerveux. L'*état humoral* a été pour lui, ajoute M. Bouillaud, un sujet d'études si suivies, qu'il n'hésite pas à affirmer que personne ne s'en est plus occupé que lui. Il connaît Stoll aussi bien que qui que ce soit; il l'a lu et relu: si c'était un grand observateur, c'était certainement un pauvre théoricien. M. Bouillaud a rencontré souvent l'*état bilieux* dans la pleurésie, la pneumonie, etc.; malgré l'autorité de Stoll il a saigné, et il s'en est bien trouvé. — On a beaucoup parlé de l'influence des *constitutions médicales*; on a cité Sydenham qui les prenait en grande considération, mais Sydenham est-il donc infaillible? M. Bouillaud a cherché vainement ces constitutions; il ne les a trouvées ni dans les livres, ni dans la nature. — M. Andral a parlé des effets funestes de la pratique des émissions sanguines chez les étudians qu'il a traités par elle. — M. Bouillaud, qui a hérité de cette clientelle, en a au contraire obtenu les plus heureux effets. Du reste, M. Bouillaud ne saurait trop le répéter, c'est dans *la manière* dont il saigne que l'on trouvera le secret de l'efficacité de son traitement. Il attache tant d'importance à sa formule que, malgré son éloignement pour les purgatifs, il affirmerait presque que mieux vaudrait encore les employer que les saignées, suivant la méthode commune. — Enfin, on aura peine à le croire, depuis cinq ans M. Bouillaud n'a pas perdu un seul malade atteint de la fièvre typhoïde, entré dans son service en temps opportun, et ce temps se prolonge jusqu'au septième ou huitième jour.

Séance du 11 *avril*. — **Suite et fin de la discussion sur la fièvre typhoïde.** — M. Cruveilhier considère la question qui s'agite sous deux points de vue; sous celui de la thérapeutique d'abord, puis sous celui de la philosophie médicale. Il ne peut

comprendre la prétention de réduire à une médication exclusive, le traitement de la fièvre grave : c'est la pratique la plus irrationnelle, la plus empirique, comme si la fièvre n'avait plus une marche à suivre ; comme si les crises n'étaient que des chimères. On a dit que la méthode de M. Delaroque était celle de Stoll ; il n'en est rien ; Stoll ne purgeait pas tous les jours et saignait souvent. Pour expliquer l'action des purgatifs, on a invoqué la présence de matières de nature diverse dans l'intestin. Comment concilier cette supposition avec l'observation de la diarrhée qui fatigue tant les malades dans la fièvre typhoïde ? Quant à la méthode des saignées coup sur coup, également exclusive, M. Cruveilhier la repousse comme sa rivale. En tous cas, M. Cruveilhier ignore la formule de M. Bouillaud, et ne sait en quoi elle diffère ou se rapproche de celle des divers partisans de la saignée à outrance qu'il semble avoir pris pour modèles. Sydenham faisait saigner trois fois dans 24 heures dans le rhumatisme aigu, il ne permettait pas d'ôter plus de 40 onces de sang dans la pleurésie. Riolan disait qu'il ne fallait jamais ôter plus de la moitié de la masse totale du sang. Il avait calculé la quantité propre à chaque nation : il accordait 30 livres de sang à un Allemand et 20 livres seulement à un Français. Hecquet soutenait qu'un malade n'avait pas plus besoin de sang qu'un homme endormi n'a besoin de forces. Il avait vu guérir des malades qui avaient perdu 80 livres de sang. Silva professait des idées analogues. Il pratiquait douze à quinze saignées dans la pleurésie, et si le malade mourait c'est qu'il n'avait pas été assez saigné. — M. Cruveilhier trouve dans l'aveu qu'a fait M. Bouillaud, à savoir qu'il tient compte des divers *états* qui peuvent compliquer les inflammations les plus intenses, la condamnation inévitable de ses doctrines. Malgré *ses réserves*, M. Bouillaud adoptant le principe ne pourra échapper aux conséquences. Il faut que M. Bouillaud ne comprenne point la fièvre typhoïde comme M. Cruveilhier, puisqu'il l'a vue guérir en cinq ou six jours. Ce n'est point dans un temps si court que peuvent se former des ulcérations intestinales, et encore moins qu'elles peuvent se cicatriser. M. Cruveilhier a été témoin de la pratique de Bosquillon à l'Hôtel-Dieu ; il ne faisait pas faire moins de trois saignées par jour dans les fièvres graves, sans compter les sangsues. Les accidents augmentaient presque toujours. Il n'est pas de maladie qui s'accommode toujours du même traitement. — Sarcone a guéri des pneumonies avec l'opium, et Baglivi avec le camphre.

Sous le point de vue de philosophie médicale, M. Cruveilhier rejette la méthode numérique, qui peut être fort bonne en théorie, mais qui devient fort mauvaise quand on l'applique. Comment croire que la nature d'une maladie, sa complication, la réaction des malades, leur constitution, etc., puissent s'estimer par des chiffres? M. Cruveilhier cite ici d'Alembert qui, ainsi que Sénac, rejette aussi le calcul de l'appréciation des effets de la nature. C'est ce qui fait que les relevés de statistique médicale se contredisent incessamment, et qu'il n'est pas de méthode si absurde qui ne se vante d'en avoir une. — M. Bouillaud répond à M. Cruveilhier qu'il a plusieurs fois donné la formule de sa méthode des saignées coup sur coup, qui ne ressemble en rien à celle des praticiens qu'il a cités. M. Bouillaud fait en outre remarquer que quand il a dit qu'il avait guéri des fièvres typhoïdes en cinq, six jours, il a voulu dire seulement qu'il les avait *prévenues*; il sait parfaitement bien qu'une *ulcération* ne se cicatrise pas si vite. — M. Louis n'a vu dans l'argumentation de M. Cruveilhier contre la statistique, que des attaques sans preuves. — M. Capuron monte à la tribune pour déclarer qu'il a suivi le service de M. Bouillaud pendant cinq ans, et qu'il a vérifié tout ce qu'a exposé l'honorable membre.

La discussion étant fermée, le rapport de M. Andral et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Séance du 18 avril. — Une lettre de M. Cruveilhier provoque de nouveau la mise à l'ordre du jour de la question de la *statistique médicale*. A cette occasion, M. Bousquet annonce que M. Risueno d'Amador, professeur à Montpellier, demande à lire un travail sur ce sujet. Cette lecture; si elle était accordée, ouvrirait la discussion que réclame M. Cruveilhier. L'Académie consultée décide que M. Risueno sera entendu dans la séance prochaine.

HÉMORRHAGIE INTERMITTENTE. — M. Dubois, d'Amiens, fait un rapport sur une observation d'hémorrhagie intermittente, due à M. Léon Dufour, médecin à Saint-Sever. Le sujet est une petite fille de six ans, qui fut prise spontanément d'une hémorrhagie nasale abondante qui s'arrêta subitement, et fut suivie d'un mouvement fébrile intense. Le lendemain la santé était parfaite. Le surlendemain, nouvelle hémorrhagie, mais cette fois c'est l'estomac qui en est le siège. Pendant sa durée, prostration extrême; sitôt qu'elle est arrêtée, la réaction se déclare comme l'avant-veille. M. Dufour crut reconnaître une fièvre intermittente pernicieuse, et prescrivit du sulfate de quinine. L'hémorrhagie et la fièvre furent conjurées.

— M. le rapporteur doute de la réalité du diagnostic de M. Dufour, tout en le louant d'avoir administré le fébrifuge. Une critique plus fondée s'adresse à la prétention du médecin de Saint-Sever, d'avoir découvert une *nouvelle* fièvre pernicieuse ; les hémorrhagies intermittentes avec réaction fébrile tenant en effet un des premiers rangs dans tous les cadres pyrétologiques.

Expériences sur les propriétés du sang ; *par M. Letellier.* — Ce mémoire, dont M. Bouillaud est rapporteur, contient des recherches nouvelles, dont quelques conclusions demandent encore des observations pour être complètement démontrées. M. le rapporteur cite les suivantes :

1° La quantité du sérum du sang est en général en rapport avec la quantité d'eau qu'il contient.

2° La séparation du sérum et du caillot est la suite de la simple suspension du cours du sang.

3° Les acides précipitent l'albumine et sa matière colorante en masse soluble dans l'eau et inconscrescible par la chaleur.

4° La matière colorante donne naissance à la fibrine, en absorbant l'oxygène et en dégageant le carbone.

5° Les sels acides la précipitent en masse insoluble.

6° La fibrine formée par la respiration est employée par la nutrition.

7° La dessiccation lui fait perdre un peu plus des deux tiers de son poids.

8° Le sang humain pèse 1041 à 1058, 5. Ce poids augmente par la perte de la fibrine.

9° Les trois éléments du sang sont globulaires ; l'albumine paraît n'être que suspendue.

10° Le sang artériel est moins pesant que le veineux, et contient plus de fibrine et moins de sérum.

11° La fibrine peut rapidement varier chez le même individu. Les autres éléments n'éprouvent que des variations lentes.

12° La fibrine seule paraît avoir des rapports avec le mouvement fébrile dans les maladies sthéniques.

13° La couenne dite inflammatoire n'a point de rapport avec l'albumine.

Comité secret. — Après le rapport de M. Bouillaud, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante pour la section de chirurgie. — Les candidats sont MM. Bérard jeune, Gerdy, Jobert, Laugier, Malgaigne, Sédillot.

Séance du 28 avril. — L'Académie procède à la nomination à la place vacante dans la section de chirurgie. Le nombre des candidats est réduit à cinq, par le désistement de M. Bérard jeune, qui se retire de la candidature. M. Gerdy ayant réuni la majorité des suffrages au premier tour de scrutin, est proclamé membre de l'Académie.

Statistique médicale. — M. Risueno d'Amador obtient la parole pour la lecture du mémoire qu'il avait annoncé. Ce travail, dont la communication absorbe tout le reste de la séance, se refuse à l'analyse. Voici quelques-unes des idées qui y dominent. M. Risueno repousse la statistique des études médicales : la méthode numérique n'est en effet que l'application du calcul des probabilités; or, si sous le point de vue purement mathématique, cette théorie n'a pas même encore de base fixe, comment peut-on l'introduire dans l'appréciation de faits aussi mobiles que ceux de *la médecine?* Dans toute la première partie de son argumentation, M. Risueno s'attache à bien distinguer la probabilité philosophique de la probabilité mathématique. Il tire de l'examen des contradictions dans lesquelles sont tombés ceux qui voudraient importer la dernière dans la pratique médicale, cette conséquence, qu'une pareille méthode appliquée dans sa rigueur conduit directement à l'abnégation de toute règle rationnelle, puisque les conclusions arithmétiques viennent tour-à-tour donner gain de cause à tous les traitements, et soutenir quelquefois simultanément les plus opposés. — M. Risueno met ensuite en parallèle la *méthode inductive,* qui est celle que tous les bons esprits ont suivie depuis plus de 2,000 ans, celle à laquelle on doit toutes les vérités fondamentales acquises à la science, celle d'Hippocrate dans la formule de ses Aphorismes.

La numération et l'induction diffèrent autant que l'arithmétique et la logique. La méthode numérique tend à tout fausser dans l'observation des maladies. Elle ne s'occupe que des causes occasionnelles; elle substitue la symptomalogie à la séméiotique, la matière médicale à la thérapeutique. Ce qu'il importe de savoir dans le traitement des maladies, ce n'est pas combien de fois un médicament a guéri, mais quand et comment? Si la méthode numérique doit être adoptée, si tout se résume en statistique dans la science comme dans l'art, il faut renverser le premier Aphorisme d'Hippocrate, et dire désormais : *ars brevis*, *vita longior.* L'homme de l'intelligence la plus commune peut en effet apporter son contingent à la science.

Le travail de M. Risueno, vu son importance et les détails nombreux qu'il comporte, vu surtout que l'argumentation emprunte souvent la forme abstraite et métaphysique, mérite une attention spéciale. M. Louis en propose l'impression et la distribution, pour que chacun des membres de l'Académie puisse se pénétrer des idées qu'il renferme et les bien saisir avant d'en aborder la discussion. Cette motion ayant été appuyée, l'Académie vote l'impression du mémoire de M. Risueno dans son Bulletin.

Académie royale des Sciences.

Séance du 4 avril. — Cette séance a été remplie par des sujets étrangers aux sciences physiologiques et médicales. Nous mentionnerons toutefois un important travail de MM. Edwards et Colin, *sur les effets de la vapeur dans toutes les périodes de la végétation*; un mémoire de M. Dutrochet, *sur la tendance des végétaux à se diriger vers la lumière, et sur leur tendance à la fuir*, et des recherches chimiques de MM. Dumas et Peligot, *sur le camphre*.

Séance du 10 avril. — OSSEMENS HUMAINS ENGAGÉS DANS UNE ROCHE. — Il est exposé sous les yeux de l'Académie un bloc de pierre extrait d'un rocher situé au bord de la mer à quelques milles de la Canée (île de Crète). Ce bloc, découvert par M. Caporal, chirurgien attaché à la garnison de l'île, qui en fait don à l'Académie, présente, dans la seule partie qui soit accessible aux regards, une moitié de bassin qui ne permet guère de douter que les os ont en effet appartenu à un individu de l'espèce humaine, une portion de colonne vertébrale, des os longs, etc. Reste à savoir si ces pièces sont à l'état fossile, et si la roche dans laquelle ils sont enchâssés n'est pas d'une date très-récente, comme le sont les travertins qui se forment dans quelques localités, sous nos yeux, et croissent même avec une extrême rapidité.

— M. Dureau de la Malle présente des considérations sur *l'influence exercée par la configuration et la nature du sol sur les migrations des peuples*. Ces considérations générales, qui ont pour but de déduire des règles applicables à la colonisation de l'Algérie, s'éloignent trop de nos sujets d'études pour que nous les reproduisions ici.

Séance du 18 avril. — Le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation de l'ordonnance royale qui autorise l'Académie à accepter la somme de 1500 fr. qui lui est offerte par M. Manni, professeur à l'Université de Rome, pour la fondation d'un prix

qu'elle est chargée de décerner. Ce prix est relatif aux *signes à l'aide desquels on peut distinguer une mort apparente d'une vraie mort*

CARACTÈRES DE RACES PRIS DE LA TÊTE OSSEUSE. — M. Flourens fait un rapport sur un mémoire de M. Dubreuil, sur ce sujet. — Le principal objet de l'auteur du mémoire a été de faire ressortir l'importance des caractères ostéologiques tirés de la tête pour la distinction des races. Dans cette vue, il a soumis à un nouvel examen douze têtes de races diverses dont il a envoyé les dessins. Ces têtes sont, les unes de momies égyptiennes; les autres de sujets guanches, nègres, botocudo, berbères, de l'Océanie, de l'île de Java et de la Nouvelle-Zélande.

Outre les descriptions de ces têtes et les remarques particulières qu'elles suggèrent, le mémoire renferme deux propositions auxquelles l'auteur croit pouvoir attribuer une certaine généralité. La première est que la forme du trou occipital répète presque toujours celle du crâne; la seconde est que plus l'intelligence est développée, plus le trou auditif est voisin de l'occiput. La première proposition souffre beaucoup d'exceptions, comme l'auteur en convient lui-même; quant à la seconde, il nous semble, dit M. Flourens, que la position plus ou moins avancée du trou auditif est très-propre à marquer les rapports divers du développement respectif des régions antérieure et postérieure du crâne, et par suite des parties du cerveau qui correspondent à ces régions.

—M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire fait un rapport sur un mémoire de M. Lherminier ayant pour titre : *Sur la marche de l'ossification du sternum des oiseaux*, pour faire suite aux travaux de MM. Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire.

M. Deyeux, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, membre du Conseil de Salubrité publique, professeur de pharmacie à la Faculté de Médecine de Paris, est mort le 27 avril. Né à Paris, le 21 mars 1745, par conséquent, âgé de 92 ans, le vénérable Deyeux remplissait encore la plupart de ses hautes fonctions, peu de temps avant la courte maladie qui a terminé sa carrière. Divers travaux chimiques ont associé son nom aux noms célèbres de l'époque.

— Nous avons à déplorer la perte prématurée de M. Murat, chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre. Ce modeste et excellent praticien s'était fait avantageusement connaître, dès le début de sa carrière, par une très-bonne dissertation sur les maladies de la glande parotide, et a fourni au *Dictionnaire des Sciences médi-*

cales, et à la première édition du *Dictionnaire de Médecine*, un assez grand nombre de bons et judicieux articles sur les accouchements et la chirurgie.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité complet d'anatomie chirurgicale, générale et topographique du corps humain; par M. VELPEAU, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris. 3e édit. Paris, 1837. Deux vol. in-8°. Chez Méquignon-Marvis.

Pour un grand nombre d'ouvrages, l'annonce d'une réimpression n'est souvent qu'un fait qui intéresse uniquement la librairie et non la science, tant les modifications apportées à un premier travail sont dénuées d'importance. Il est loin d'en être ainsi du Traité que nous annonçons aujourd'hui; et en général, c'est une justice à rendre à M. Velpeau, que de reconnaître les traces de travail et de progrès qui se font sentir d'une édition à l'autre, dans les ouvrages qu'il a publiés. Son *Traité d'accouchement* en est une preuve évidente, et le même fait se reproduit d'une manière non moins marquée, au sujet de son *Traité d'anatomie chirurgicale*. Ici chaque édition nouvelle a été caractérisée par un pas nouveau fait en avant.

Ce fut en effet une heureuse idée, que celle qui porta M. Velpeau à enrichir la seconde édition de son *Traité d'anatomie*, de cette division intéressante, consacrée aux applications de l'anatomie des tissus à l'histoire des lésions qui sont du ressort de la chirurgie. Nous n'hésitons pas à considérer comme une des plus heureuses conquêtes de l'anatomie chirurgicale, cette innovation qui imprima un cachet de nouveauté et d'intérêt tout spécial, à la seconde édition du *Traité d'anatomie* de M. Velpeau. Aujourd'hui des additions non moins importantes demandent à être signalées; et avant d'entrer dans aucun détail à cet égard, nous pouvons dire, par anticipation, que ces additions attestent des recherches consciencieuses et couronnées de succès, et qui font d'autant plus d'honneur à l'activité de l'auteur, que, dans la position nouvelle où il se trouvait placé, on n'était pas en droit d'attendre de lui des perfectionnements de la nature de ceux qu'il a introduits dans son livre. En effet, à la tête d'un enseignement clinique dans lequel M. Velpeau consacre journellement plusieurs heures à diriger l'instruction des élèves dans un but exclusivement pratique, nous avions pu croire

que ç'en était fait pour lui des recherches de scalpel, et que les améliorations qu'il était désormais dans sa destinée d'apporter à son ouvrage, seraient pour la plupart étrangèses à l'anatomie. Eh bien! il n'en a pas été ainsi. Par une heureuse disposition qui permet à certains esprits de faire prendre le pas sur toute préoccupation, aux objets que la volonté leur désigne comme devant être le sujet d'investigations actuelles, M. Velpeau a su reprendre pour les questions anatomiques les plus ardues et les plus importantes, ses études de scalpel, et nous l'avons vu, lui professeur de clinique, se remettre à la dissection des régions les plus importantes, avec un zèle et un désir d'élucider les questions, digne d'éloges.

Ce n'est pas seulement dans des additions que réside le perfectionnement d'un ouvrage, il se trouve encore dans les suppressions judicieuses qui y sont opérées; M. Velpeau a eu le bon esprit de substituer à des détails qui parfois tendaient à dépasser les limites que comporte la nature de son travail, des faits qui en font plus rigoureusement partie, et l'on peut dire que, sans rendre incomplet son ouvrage, il en a rendu la lecture plus facile par les coupures bien entendues qu'il y a faites. C'est par une appréciation non moins judicieuse du véritable plan que réclame la matière traitée dans ce livre, qu'il a été conduit à faire disparaître dans la constitution de chaque région, ces déterminations rigoureusement géométriques qui s'accordent mal avec la nature du sujet. Enfin nous devons ajouter qu'une foule de chapitres entièrement refondus, tels que ceux dans lesquels se trouve la description de la région antérieure du col, de l'aine, de l'aisselle, du périnée, font de la publication actuelle plutôt un ouvrage nouveau qu'une reproduction de l'ancien.

C'est encore avec une égale vérité que cela s'applique aux planches qui sont annexées à l'ouvrage. Toutes ont été refaites sur le cadavre, et pour la plupart d'après un point de vue nouveau. Il a été impossible d'envisager cette partie du travail d'une manière aussi complète, sans en augmenter de près de moitié le nombre.

Après avoir donné une idée générale des améliorations nombreuses introduites par M. Velpeau dans l'ensemble de son ouvrage, nous examinerons, dans une région prise en particulier, la manière neuve dont l'auteur a exposé des détails anatomiques d'une application précieuse à la pratique de la chirurgie, et qui, pour la plupart, étaient inconnus ou restaient stériles faute

d'être présentés dans leurs rapports de connexion avec les phénomènes chirurgicaux.

Il appartenait à celui qui l'un des premiers a réuni en un ensemble complet et régulier, a organisé, pour ainsi dire, l'anatomie chirurgicale en France, d'en suivre et d'en provoquer les progrès, en nous donnant un inventaire aussi exact de toutes les conaissances anatomiques applicables à la chirurgie.

Une région qui nous paraît propre à justifier ce qui a été dit précédemment, est celle du périnée, dans la description de laquelle nous suivrons l'auteur avec quelque détail.

M. Velpeau a très-bien compris que dans la région du périnée, il existait entre le plancher périnéal proprement dit et la région anale, des connexions qui ne permettaient pas d'isoler ces deux parties l'une de l'autre, et il a donné sous le nom de région *ano-périnéale*, l'histoire de cette partie à laquelle se rattachent des applications chirurgicales si multipliées.

C'est surtout à l'occasion des aponévroses du périnée, que ces applications sont importantes; elles le sont même tellement, que sans une intelligence bien nette de ces aponévroses, il est impossible de s'élever à une théorie satisfaisante des abcès et des fistules périnéales, et une foule de phénomènes chirurgicaux qui se passent dans ces régions, deviennent, pour celui qui ne connaît pas la disposition des aponévroses, autant de problèmes insolubles.

La première aponévrose qui se présente à la région périnéale, après le fascia superficialis, est désignée sous le nom d'aponévrose superficielle, et s'étend à partir du rectum et de l'orifice anal, passe au-dessous du muscle transverse, et vient d'une part sur la partie moyenne former à la verge une enveloppe bien distincte, et d'une autre part, sur les côtés, se fixer aux branches ascendantes de l'ischion, et descendantes du pubis, formant ainsi un véritable obturateur ou plancher qui ferme la partie inférieure du bassin, tandis que le fascia transversalis et le tissu cellulaire de la région, se confondant avec celui des bourses, de la racine des cuisses et de la fesse, ne saurait concourir en rien à des phénomènes d'isolement ou de séparation. Le feuillet superficiel, au contraire, ayant des attaches fixes et une trame bien continue, constitue une barrière, qui, dans telle circonstance donnée, fait obstacle à la transmission des liquides, soit de l'extérieur vers l'intérieur, soit de l'intérieur vers l'extérieur. Le second feuillet aponévrotique, connu sous le nom de ligament de Carcassonne, ou ligament triangulaire, est une lame aponévrotique beaucoup plus épaisse que la

précédente, et qui en avant s'en trouve séparée par l'épaisseur du bulbe et le muscle transverse du périnée, tandis qu'en haut cette aponévrose qui laisse passer dans son centre le canal de l'urètre, est séparé du feuillet supérieur ou troisième aponévrose périnéale, par la prostate. Il y a donc entre les trois aponévroses, deux étages : 1° l'un inférieur, circonscrit entre l'aponévrose superficielle et le ligament triangulaire, espace dans lequel se trouve la portion d'urètre qui, après avoir percé le ligament triangulaire, se renfle pour former le bulbe ; 2° un autre étage, qui est supérieur, et dans lequel se trouve la prostate. Ces deux étages ou espaces peuvent s'appeler, l'un l'espace bulbaire, l'autre, l'espace prostatique.

Bien que nous n'ayons pas reproduit ici tous les détails intéressants dans lesquels entre M. Velpeau, au sujet de ces feuillets aponévrotiques, nous sommes à même de le suivre dans quelques-unes des nombreuses applications pratiques qu'il déduit des dispositions précédemment indiquées.

Parmi ces applications, nous signalerons surtout celles qui se rattachent aux perforations de l'urètre ; on conçoit en effet que ce canal ayant dans diverses parties de son trajet, des rapports très-différents avec les aponévroses périnéales, donne lieu par sa perforation, à des phénomènes qui varient suivant le lieu dans lequel réside la solution de continuité. Que la perforation, par exemple, ait lieu dans la portion prostatique ou au commencement de la portion membraneuse, comme ces portions de l'urètre sont placées au-dessus de l'aponévrose moyenne qui oppose à la partie inférieure une puissante barrière, l'infiltration tend à se propager du côté du bassin, au lieu de s'étendre directement et primitivement vers le périnée ; puis cette même infiltration, qui ne peut se faire jour en avant, se propage à la partie postérieure et arrive dans l'excavation ischio-rectale, d'où elle se répand dans la couche cellulo-graisseuse du périnée et des bourses. Quand au contraire la perforation urétrale siége au-dessous du ligament de Carcassonne, c'est le long de l'urètre et vers le pénis que chemine l'infiltration.

M. Velpeau a confirmé par l'observation clinique, la vérité de cette théorie anatomico-chirurgicale des infiltrations urineuses par perforation de l'urètre, et il a fait à ce sujet, une excellente remarque que voici. Dans le cas où la perforation siége dans l'intervalle compris entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose superficielle, il arrive souvent que la phlegmasie et la suppuration marchant avec une certaine lenteur, peuvent avancer jusqu'auprès du

gland et sur le dos de la verge, produisant dans le scrotum l'aspect d'un cylindre ou d'une bosselure qui reste étrangère à la couche sous-cutanée et sur laquelle celle-ci est encore mobile et intacte, tandis qu'une fois que l'aponévrose périnéale superficielle est rompue et traversée par le liquide de l'infiltration, les bourses deviennent tout-à-coup le siège d'un gonflement extrême, comme quand une phlegmasie a débuté par la couche graisseuse sous-cutanée. Ainsi donc, d'après la distinction lumineuse établie par l'auteur, le gonflement cylindroïde qui se forme en respectant la couche graisseuse des bourses et le périnée, indique une altération des portions bulbeuse et spongieuse de l'urètre, tandis que l'infiltration qui se fait d'emblée dans les bourses et le périnée, en arrivant par la partie postérieure de cette région, et par les gouttières ischio-rectales, annonce au contraire une lésion des portions prostatique et membraneuse. Comme nous avons été nous-mêmes témoin de l'application de cette donnée importante faite avec un entier succès par M. Velpeau, au lit d'un malade, nous n'hésitons point à la signaler à toute l'attention des gens pour qui la pratique n'est pas une routine inintelligente, mais bien l'application judicieuse des données déduites de l'organisme sain, et appliquées par le raisonnement et par l'expérience à l'organisme malade.

La description des artères, ce sujet si important dans l'histoire de chaque région étudiée au point de vue chirurgical, a été donnée par M. Velpeau, avec le plus grand soin. Il a indiqué pour chaque branche, les circonstances opératoires dans lesquelles elle peut être atteinte, et par ces indications détaillées, d'un côté il éclaire l'histoire des hémorrhagies de la région du périnée, d'un autre côté, il prépare des éléments précieux pour l'appréciation des divers procédés de taille périnéale. Entre autres considérations importantes déduites de la disposition anatomique des artères du périnée, nous voyons : 1° que le tronc de la honteuse, étant dans tout son trajet périnéal, immobile et fixé par l'aponévrose, ne change point de position, quelles que soient d'ailleurs l'attitude du sujet et les tractions qu'on exerce sur le périnée, en sorte qu'il est presque impossible de le blesser dans la lithotomie, à moins d'opérer contre toutes les règles de l'art ; 2° que l'artère hémorrhoïdale, née de la honteuse très-en arrière, est parfois la source des hémorrhagies à la suite de l'opération de la fistule anale ; qu'elle ne peut être atteinte par l'instrument lors de la taille latéralisée, que dans le cas où, 1° l'on donnerait à l'incision 3 ou 4 pouces d'étendue, tout en ne commençant qu'à 10 ou 12 lignes au devant de l'a-

nue, comme le veulent sir A. Cooper et M. Key, ou bien, 2° dans le cas où elle naîtrait beaucoup plus en avant que de coutume; et très-près du muscle transverse du périné, ainsi que Deschamps, Robert et M. Velpeau en ont vu des exemples; 3° que la périnéale superficielle est l'artère qui, dans la lithotomie, donne le plus souvent lieu aux hémorrhagies abondantes, mais qu'étant toujours renfermée dans la couche superficielle de la région, on peut presque constamment la saisir sans difficulté dans la partie postérieure de la lèvre externe de la plaie; 4° que la transverse du périnée fournit trois branches dont la section est presqu'inévitable dans la taille latéralisée, quelles que soient les précautions qu'on emploie. En effet, l'incision étant commencée très-près du bulbe, afin d'éviter le rectum et se portant en arrière dans une direction qui n'est pas parallèle à la direction des branches de la transverse du périnée, mais qui se rapproche beaucoup moins que ces branches de la transversale, fait nécessairement intersection avec ces branches, ensorte que suivant M. Velpeau, c'est en vain qu'on voudrait chercher à établir des règles propres à éviter la section de ces vaisseaux, et c'est au hasard ou à quelques dispositions anatomiques particulières, qu'il faut attribuer l'absence de section de la direction transverse, dans l'opération de la taille. Ce n'est pas qu'on ne puisse à la rigueur, éviter la branche dont le rameau principal se rend au bulbe; mais pour cela il faut que l'incision externe ait son point de départ à une très-petite distance de l'anus, ensorte qu'on en est à se demander si, dans le seul but de ménager cette artère, on doit s'exposer à compromettre le rectum, en faisant l'incision trop en arrière.

Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de suivre M. Velpeau dans les détails neufs et intéressans qu'il donne sur l'urètre, dont l'histoire anatomico-chirurgicale appartient à la description du périnée.

Jusqu'ici nous n'avons adressé à l'auteur que de justes éloges; et sur l'ensemble générale de son ouvrage, et sur l'exécution des détails, lui ferons-nous maintenant un reproche de l'omission de certaines particularités anatomiques que nous n'avons pas trouvées dans son livre. Non assurément. Mais nous les mentionnerons ici parce qu'elles peuvent rendre quelques services pour les applications de l'anatomie à la chirurgie.

Ainsi, à la région cervicale existe un tubercule osseux désigné sous le nom de tubercule carotidien, et qui placé sur la partie antérieure de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale,

fournit, sur la position de l'artère carotide et de l'artère vertébrale, des indications tellement précises, qu'il peut, dans certains cas embarrassans, d'un autre côté être d'un grand secours pour la ligature de la carotide, et que sa présence pourrait seule engager à tenter la ligature de l'artère vertébrale à la partie inférieure du col. Sans un pareil guide, en effet, nous ne croyons pas qu'il y eût un chirurgien assez audacieux pour oser aller chercher l'artère vertébrale à la profondeur à laquelle elle est située, et au milieu des organes importans placés dans son voisinage.

Une des lois les plus belles de la distribution du système nerveux au système musculaire, nous montre que dans toute l'économie il n'existe pas un seul muscle superficiel qui ne reçoive ses filets nerveux par sa face profonde. Et ici il faut prendre la dénomination de muscle superficiel dans son acception la plus étendue, et ne pas croire qu'il ne s'agisse que de quelques muscles très-remarquables par leur situation à la superficie des membres ou du tronc. Il faut prendre la dénomination de muscle superficiel dans le sens de l'exclusion des muscles qui ne sont pas très-profondément placés et immédiatement juxtà-posés à l'os : ainsi, par exemple, des quatre muscles du bras il n'y en a qu'un seul qui, dans cette manière de voir, ne soit pas superficiel, c'est le brachial antérieur ; tous les autres, savoir le biceps, le triceps, le coraco-brachial, sont dans la catégorie opposée et rentrent dans la loi précédemment indiquée. L'esprit le moins attentif saisit de suite les applications chirurgicales de cette loi. Il comprend comment une foule d'incisions peuvent être faites à la surface des membres et même à une certaine profondeur dans le corps charnu des muscles, sans que l'instrument atteigne des filets nerveux dont la section entraînerait immédiatement la paralysie de tel ou tel muscle. Il comprend encore, par suite de cette curieuse disposition, comment il se fait que les cordons nerveux destinés aux mouvements, et qui sont pour chaque muscle une condition *sine quâ non* de motilité, se dérobent à une foule de contusions et de pressions qui, sans cela, auraient entraîné à chaque instant des paralysies partielles plus ou moins durables.

Sous le rapport de sa longueur et de sa direction, le col du fémur présente non-seulement dans les différents âges et dans les différents sexes, mais encore chez les divers individus, des différences extrêmement remarquables qui vont jusqu'à faire varier de près d'un pouce la taille de ces individus. Ces différences jettent un grand jour sur le mécanisme des fractures du col du fémur. L'obliquité de ce col, par exemple, présente des variations telles,

que, chez certains individus il se rapproche de la direction transversale au point de devenir parallèle à l'horizon; chez d'autres, au contraire, il se rapproche tellement de la direction verticale que son axe tend en quelque sorte à se confondre avec celui du corps de l'os. Ces différences si marquées font comprendre facilement comment une chute faite sur le pied ou sur le genou tend à rompre un col de fémur horizontalement dirigé, et n'a que peu de puissance sur un col de fémur presque vertical, tandis que celui-ci, au contraire, est éminemment disposé à éclater sous l'effet d'une pression ou d'une chute sur le grand trochanter.

Nous ne terminerons pas cet article sans rappeler que l'ouvrage de M. Velpeau, offrant le tableau le plus complet que nous possédions, des applications de l'anatomie à la théorie et à la pratique de la chirurgie, renfermant une multitude de données basées sur l'observation la plus exacte des faits anatomiques et chirurgicaux qui y sont rapprochés, et pouvant servir, avec un égal avantage, aux travaux de celui qui étudie la science et de celui qui en fait au lit du malade une application journalière, nous paraît également approprié aux études du praticien et à celles des élèves qui veulent donner la base la plus solide à leur éducation chirurgicale.

Du traitement curatif des varices par l'oblitération des veines à l'aide d'un point de suture temporaire; par le docteur DAVAT, *d'Aix les Bains*. Paris, 1836. In-8°. 94 pp.

Les lecteurs des *Archives* peuvent se rappeller qu'en 1834, M. Davat publia le résultat d'expériences pratiquées sur les animaux, et dans lesquelles il obtenait l'oblitération des veines par *adhésion immédiate*, en perçant les parois opposées de ces vaisseaux, et en les mettant en contact à l'aide d'une aiguille. Il faisait remarquer combien ce moyen différait de la compression et de ses divers modes, tels que la ligature, la compression médiate, soit à travers la peau, au moyen de pinces, soit en comprimant la veine entre la peau et une aiguille, au moyen d'un fil entortillé en 8 de chiffre. Par tous ces moyens, l'oblitération est consécutive à l'épaississement des parois veineuses, et ne se fait guère qu'au douzième jour, quand on parvient à l'obtenir. Dans le procédé préconisé par M. Davat, une lymphe coagulable s'épanche immédiatement autour des piqûres, et là, à l'abri du cours du sang, elle fait adhérer entr'elles les parois opposées, tenues en contact par l'aiguille elle-même, et cela, en moins de trente à quarante heures.

Quelque favorables que fussent les prévisions fournies par l'expérimentation, il s'agissait de savoir, si le même moyen employé

chez l'homme, produirait l'oblitération des veines, et surtout s'il guérirait les varices, but spécial des recherches de M. Davat. Dans le travail que nous avons sous les yeux, l'auteur après quelques considérations sur la manière dont la circulation se fait dans les veines, développe les idées précédentes. Mais la partie vraiment importante de son Mémoire, c'est l'histoire de vingt-sept cas dans lesquels il mit en usage sa méthode chez des sujets affectés, 1° de varices simples; 2° de varices avec ulcères; 3° d'ulcères sans varices. Sur 14 malades compris dans la première série, 13 guérirent; mais chez quatre d'entr'eux, on ne put obtenir que par plusieurs acuponctions successives la guérison qu'une première, ou même une seconde n'avaient pu leur procurer. Le 14e malade refusa de se soumettre à une seconde opération que réclamait la disposition des veines de son membre, et les varices guéries momentanément reparurent. Il ne sera pas inutile ici de donner quelques détails sur le *modus faciendi* de l'opération. Nous les emprunterons à la première des observations de l'auteur. Il commence par appliquer au-dessus du genou une bande serrée; et si cela ne suffit pas, il fait marcher le malade pour faire gonfler le tronc de la saphène. Il saisit alors, à l'aide du pouce et de l'indicateur gauche, au point où il est le plus superficiel, le tronc veineux et la peau qui lui est antérieure; il conduit ensuite derrière la veine, à travers la peau, une aiguille aplatie et inflexible, qui vient sortir, aussi près que possible, du point où elle est entrée. Cette aiguille n'est pas de nécessité absolue, elle sert seulement à faciliter l'implantation de la seconde aiguille, en permettant de soulever la veine. La pointe d'une deuxième aiguille tenue aussi comme une plume à écrire, est portée directement sur la partie médiane du point soulevé, et une ligne au-dessous. On lui fait traverser d'abord la peau, ensuite la paroi antérieure et postérieure de la veine; puis en la faisant passer au-dessous de l'aiguille transversale, on l'incline de manière à ce qu'elle vienne percer de nouveau, quelques lignes plus loin, les parois postérieures et antérieures de la veine, et sortir à travers la peau. Cette deuxième aiguille est donc en croix avec la transversale, et perce les parois veineuses en quatre points différents. L'opération sera beaucoup facile, si cette aiguille est légèrement flexible. Il est également convenable, que comme la première, elle soit tranchante à sa pointe, et armée à son autre extrémité d'un bouton arrondi sur lequel on appuie l'indicateur, lorsqu'on veut l'implanter. On assujétit ces aiguilles à l'aide d'un fil entortillé autour d'elles, et légèrement serré. . .

L'application des aiguilles est ordinairement suivie de la forma-

